PROGRAMME DE SANTÉ CARDIOVASCULAIRE : BILAN DES CLINIQUES DE DÉPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUE DE MCV APRÈS CINQ ANS D'INTERVENTION

Cécile Caron
Marie-Claude Bélanger

Direction de Santé Publique
Régie régionale de Chaudière-Appalaches

Septembre 2003

106-02047/

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2003

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.
Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

Document déposé à Santécom (http://www.santecom.qc.ca) : 12-2003-003

ISBN 2-89548-141-5

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Canada, 2003
Bibliothèque nationale du Québec

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

REMERCIEMENTS

Nous profitons de l'occasion pour souligner la collaboration et l'excellent travail des intervenants en santé cardiovasculaire des onze CLSC de notre territoire qui ont réalisé les cliniques de dépistage et complété les feuilles de compilation des données sur les facteurs de risque.

Nous remercions également les nombreuses secrétaires qui ont elles aussi contribué à la production de ce document en saisissant les données, de même que madame Sylvie Veilleux et monsieur Guy Huard, technicienne et technicien en recherche psychosociale de l'équipe surveillance, recherche et évaluation de la Direction de santé publique.

Nous désirons remercier tout spécialement madame Diane Bédard, de la Direction de santé publique, pour la mise en forme finale du présent document.

SYNTHÈSE

Ce document vise à répondre à trois questions concernant les cliniques de dépistage des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires.

Voici la première de ces questions : les cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV ont-elles rejoint la clientèle ciblée ?

Entre 1997-1998 et 2000-2001, les cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV effectuées sur l'ensemble du territoire de Chaudière-Appalaches ont rejoint 5 286 personnes; 2 069 femmes (39,1 %) et 3 217 hommes (60,9 %). La majorité (73,4 %) de la clientèle rejointe avait entre 35 et 64 ans.

On peut considérer que l'objectif a été atteint car nous désirions rejoindre majoritairement les hommes âgés entre 35 et 64 ans. Cependant, comme expliqué au chapitre 2, notre clientèle ciblée a été modifiée en cours de route, nous voulons toujours rejoindre le même groupe d'âge, mais dans un pourcentage plus modeste (50 %).

CLIENTÈLE REJOINTE ET NOMBRE DE CLINIQUES DE DÉPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUE DES MCV RÉALISÉES

- 5 286 personnes : 3 217 hommes (60,9 %)
  2 069 femmes (39,1 %)
- 73,4 % de la clientèle rejointe ont entre 35 et 64 ans.
- 299 cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV réalisées

La deuxième question que nous nous sommes posés est la suivante : Les cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV ont-elles rejoint une clientèle à risque? Pour ce faire, la prévalence des facteurs de risque des MCV chez les 35-64 ans est présentée[a]. Nous constatons que la clientèle des cliniques de dépistage des facteurs de risque est effectivement porteuse de nombreux facteurs de risque. De plus, 30,3 % des hommes et 34, 8 % des femmes présentent un cumul de trois facteurs de risque et plus.

[a] Le lecteur intéressé trouvera en annexe 6 la prévalence des facteurs de risque chez les hommes et les femmes année par année, de 1996-1997 à 2000-2001.

PRÉVALENCE DES FACTEURS DE RISQUE CHEZ LA CLIENTÈLE DÉPISTÉE DE 35-64 ANS (1997-2001)

Facteurs de risque	Hommes	Femmes
Âge et sexe	59 %	21 %
ATCD familiaux	30 %	35 %
Sédentarité	46 %	50 %
Obésité abdominale	44 %	23 %
Tabagisme	22 %	16 %
HTA non diagnostiquée	18 %	11 %
HTA diagnostiquée	8 %	9 %
Diabète	2 %	2 %
Ménopause	N/A	7 %
3 facteurs et plus	35 %	21 %

La dernière question jette un regard sur les bénéfices escomptés pour la clientèle dépistée, suite aux cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV.

Selon la littérature, certains bénéfices ont été constatés. Cependant, bien que notre programme n'ait pas fait l'objet d'une étude d'impact, les éléments que nous vous présentons nous semblent s'appliquer de près à notre réalité. Les tableaux qui suivent résument certains impacts qu'ont pu avoir les cliniques de dépistage des facteurs de risque.

IMPACT DES CLINIQUES DE DÉPISTAGE MULTIFACTORIEL SUR LA MORTALITÉ, LA MORBIDITÉ ET LES ÉVÉNEMENTS CARDIOVASCULAIRES

- À court et moyen termes, les cliniques de dépistage multifactoriel n'ont pas d'effet statistiquement significatif sur le taux de mortalité, les événements cardiovasculaires et la morbidité.
- À plus long terme, le nombre d'études est insuffisant pour en tirer des conclusions.

IMPACT DES CLINIQUES DE DÉPISTAGE MULTIFACTORIEL SUR LES FACTEURS DE RISQUE DE MCV : MODIFICATION DES PARAMÈTRES EN LIEN AVEC LES MCV

- À moyen terme, c'est-à-dire environ un an après l'intervention, les cliniques de dépistage multifactoriel ne semblent pas réduire significativement le taux de cholestérol, la tension artérielle, le tabagisme et la consommation d'alcool.
- Seule la tension artérielle risque d'obtenir une réduction cliniquement significative.
- Les cliniques de dépistage semblent avoir un impact significatif sur le poids, sans toutefois que cette réduction soit très significative sur le plan clinique.
- Le niveau d'activité physique et la qualité de l'alimentation sont difficiles à quantifier en raison de la diversité des mesures.
- Entre 22 % et 74 % des personnes à qui il a été suggéré de consulter le médecin, l'ont possiblement fait.

IMPACT DES CLINIQUES DE DÉPISTAGE MULTIFACTORIEL SUR LA SENSIBILISATION, L'ACQUISITION DES CONNAISSANCES ET SUR LA MODIFICATION DES ATTITUDES

- Les cliniques de dépistage multifactoriel semble permettre de sensibiliser la population aux facteurs de risque des MCV, d'augmenter la connaissance des facteurs de risque associés aux MCV et de changer favorablement les attitudes à l'égard de l'alimentation et du tabagisme.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS iii

SYNTHÈSE v

INTRODUCTION 1

1 MISE EN CONTEXTE 3

1.1 Contexte 3

1.2 Rappel des facteurs de risque de MCV 4

1.2.1 L'âge et le sexe 4
1.2.2 Les antécédents familiaux 4
1.2.3 Le tabagisme 4
1.2.4 L'hypertension artérielle (HTA) 5
1.2.5 Le diabète 5
1.2.6 La sédentarité 5
1.2.7 L'obésité 6
1.2.8 Les dyslipidémies 6
1.2.9 La ménopause sans hormonothérapie 7
1.2.10 Le cumul des facteurs de risque des MCV 7

1.3 Déroulement des cliniques de dépistage des facteurs de risque de MCV 8

1.3.1 La préparation 8
1.3.2 Le dépistage 8
1.3.3 Le suivi 9

2. MÉTHODOLOGIE 11

2.1 La clientèle visée 11

2.2 Facteurs de risque des MCV mesurés lors des cliniques de dépistage 11

2.3 La mesure des facteurs de risque des MCV 12

2.3.1 Facteur de risque : âge et sexe 12
2.3.2 Facteur de risque : antécédents familiaux 13
2.3.3 Facteur de risque : tabagisme 13
2.3.4 Facteur de risque : HTA diagnostiquée 14
2.3.5 Facteur de risque : HTA non diagnostiquée 14

2.3.6 Facteur de risque : diabète 14
2.3.7 Facteur de risque: sédentarité 15
2.3.8 Facteur de risque : obésité abdominale 15
2.3.9 Facteur de risque ménopause sans hormonothérapie 16
2.3.10 Le cumul des facteurs de risque 16

2.4 L'évolution des facteurs de risque mesurés et des instruments de compilation 16

2.4.1 Évolution des facteurs de risque mesurés. 16
2.4.2 Évolution du questionnaire d'évaluation des facteurs de risque des MCV 17
2.4.3 Évolution de la grille de compilation des facteurs de risque des MCV 17

2.5 Les analyses statistiques 17

2.6 La compilation des cliniques 18

3. RÉSULTATS (PREMIÈRE PARTIE) : CLIENTÈLE REJOINTE ET NOMBRE DE CLINIQUES DE DÉPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUE DES MCV RÉALISÉES ..19

4. RÉSULTATS (DEUXIÈME PARTIE) : PRÉVALENCE DES FACTEURS DE RISQUE CHEZ LES 35-64 ANS 23

4.1 Prévalence des facteurs de risque des MCV non modifiables chez les 35-64 ans 23

4.2 Prévalence des facteurs de risque modifiables chez les 35-64 ans 24

5. LES BÉNÉFICES ESCOMPTÉS POUR LA CLIENTÈLE DÉPISTÉE 27

5.1 Impact des cliniques de dépistage multifactoriel sur la mortalité, la morbidité et les événements cardiovasculaires 27

5.2 Impact des cliniques de dépistage multifactoriel sur les facteurs de risque de MCV 28

5.2.1 Modification des paramètres biologiques en lien avec les MCV 29
5.2.2 Modification des comportements en lien avec les MCV 30

5.3 Impact des cliniques de dépistage multifactoriel sur la sensibilisation, l'acquisition des connaissances et sur la modification des attitudes 34

5.3.1 Sensibilisation 34
5.3.2 Acquisition des connaissances : les facteurs de risque 34
5.3.3 Acquisition des connaissances : moyens pour contrôler le cholestérol 34
5.3.4 Modification des attitudes 35

6. RECOMMANDATIONS **37**

6.1 La Clientèle 37

6.2 Les facteurs de risque 38

6.3 Les intervenants 38

CONCLUSION **39**

ANNEXES :

Annexe 1 : Questionnaire d'évaluation des facteurs de risque 41

Annexe 2 : Grille de compilation des facteurs de risque MCV 45

Annexe 3 : Outils pour le counselling personnalisé 49

Annexe 4 : Rapport à l'entreprise 61

Annexe 5 : La mesure de la tension artérielle 71

Annexe 6 : Prévalence des facteurs de risque non-modifiables, modifiables et de trois facteurs et plus chez les hommes et les femmes de35-64 ans 81

LISTE DES RÉFÉRENCES **89**

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau 1 : Objectifs du programme SCV 3

Tableau 2 : Objectif des cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV 4

Tableau 3 : Les facteurs de risque des MCV 7

Tableau 4 : Facteurs de risque des MCV mesurés par les cliniques de dépistage 12

Tableau 5 : Clientèle rejointe et nombre de cliniques de dépistage des facteurs De risque des MCV réalisées 22

Tableau 6 : Impact des cliniques de dépistage multifactoriel sur la mortalité et les événements cardiovasculaires 28

Tableau 7 : Impact des cliniques de dépistage multifactoriel sur les facteurs de risque de MCV : modification des paramètres en lien avec les MCV 33

Tableau 8 : Impact des cliniques de dépistage multifactoriel sur la sensibilisation, l'acquisition des connaissances et sur la modification des attitudes 35

LISTE DES FIGURES :

Figure 1 : Clientèle rejointe (nombre et proportion) selon le sexe et le groupe d'âge, de 1997-1998 à 2000-2001 19

Figure 2 : Clientèle rejointe (nombre et proportion) selon l'année et le groupe d'âge et nombre de clinique de dépistage des facteurs de risque des MCV réalisées de 1997-1998 à 2000-2001 20

Figure 3 : Nombre de personnes dépistées et le nombre de cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV réalisées par MRC de 1997-1998 à 2000-2001. 21

Figure 4 : Prévalence des facteurs de risque des MCV non modifiables chez la clientèle dépistée de 1997-1998- à 2000-2001 23

Figure 5 : Prévalence des facteurs de risque de MCV modifiables chez la clientèle dépistée de 1997-1998 à 2000-2001 24

INTRODUCTION

Les cliniques de dépistage des facteurs de risque sont6 la principale activité réalisée par l'ensemble des CLSC du territoire de Chaudière-Appalaches. Après cinq années, un bilan de cette activité majeure est un incontournable, principalement pour voir si nos objectifs ont été atteints en terme de clientèle, de connaissances et de comportements.

Le bilan des cliniques de dépistage des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires (MCV) complète l'évaluation du programme de santé cardiovasculaire (SCV) présenté dans le document « Programme de santé cardiovasculaire : évaluation après cinq ans d'intervention ».[1] L'ampleur des informations à présenter dans le bilan des cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV dictait sa présentation dans un document distinct du rapport d'évaluation afin d'en alléger la lecture.

Le bilan des cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV vise essentiellement à répondre aux trois questions suivantes :

- Les cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV ont-elles rejoint la clientèle ciblée ?
- Les cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV ont-elles rejoint une clientèle à risque ?
- Quels sont les bénéfices escomptés pour la clientèle dépistée suite aux cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV ?

Préalablement aux réponses à ces trois questions, le contexte dans lequel les cliniques de dépistage ont été mises sur pied est présenté au lecteur. Le chapitre 2 expose les facteurs de risque de MCV tels que reconnus par la communauté scientifique. Le chapitre 3, traitant de la méthodologie, décrit les cliniques de dépistage réalisées en Chaudière-Appalaches en terme de déroulement, de clientèle visée, de facteurs de risque retenus et de techniques de mesure. L'évolution des facteurs de risque mesurés et des instruments de mesure, de même que les analyses statistiques y sont également décrites.

Les résultats des cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV sont présentés en trois chapitres distincts permettant de répondre à chacune des questions posées ci-haut. Enfin, des recommandations à l'égard des cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV sont formulées.

1. MISE EN CONTEXTE

1.1 CONTEXTE

Les cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV sont issues du programme SCV de la région de la Chaudière-Appalaches. Rappelons que le programme SCV est le moyen répondant aux voies d'action (réduction du tabagisme, promotion de saines habitudes alimentaires, activité de dépistage et promotion de l'activité physique) de la priorité régionale du programme de santé physique qui est :

« D'ICI L'AN 2002, CONTRIBUER À RÉDUIRE DE 30 % LA MORTALITÉ CARDIOVASCULAIRE »

Au moment de l'élaboration du programme SCV en 1995-1996, l'approche qui a été préconisée comprenait un volet de promotion et de prévention primaire combiné à un volet communautaire afin de permettre à la population d'être présente dans les différentes étapes d'intervention auprès de leur population. Les objectifs du programme SCV ont été définis en fonction des approches retenues. Pour soutenir le volet promotion et prévention primaire et le volet communautaire, le programme SCV visait respectivement à :

TABLEAU 1

OBJECTIFS DU PROGRAMME SCV

- Rendre les services accessibles et offrir le support nécessaire aux communautés pour le maintien et l'amélioration de la SCV .
- Renforcer la capacité des communautés de Chaudière-Appalaches à maintenir et à améliorer l'état de SCV de ses membres.

Pour chacun de ces deux objectifs généraux, le programme proposait deux objectifs spécifiques auxquels étaient rattachées des activités pour en faciliter la réalisation. Les activités étaient en lien avec les voies d'actions identifiées. Les cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV étaient au nombre des activités suggérées et avaient été identifiées comme l'activité à réaliser par l'ensemble des CLSC de la région. Les cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV avaient pour objectif spécifique :

TABLEAU 2

OBJECTIFS DES CLINIQUES DE DÉPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUE DES MCV

- Augmenter, auprès de la communauté, la connaissance et l'utilisation des ressources préventives en lien avec la SCV (objectif 1.1 du programme SCV).

1.2 RAPPEL DES FACTEURS DE RISQUE DE MCV

Un facteur de risque est un trait caractéristique ou mesurable d'un individu qui prédit la probabilité de cet individu à développer les manifestations cliniques d'une maladie. Un facteur de risque n'implique pas nécessairement une relation de cause à effet[2]. Les MCV découlent de plusieurs facteurs, certains sont non-modifiables (l'âge, le sexe et l'hérédité) et d'autres sont modifiables (le tabagisme, l'hypertension artérielle (HTA), le diabète, la sédentarité, l'obésité, la dyslipidémie, la ménopause sans hormonothérapie) par un changement individuel d'un comportement ou par un traitement. Les lignes qui suivent présentent brièvement ces facteurs de risque et indiquent comment ils influencent les MCV.

1.2.1 L'âge et le sexe

L'âge est un facteur de risque dominant des MCV. Le taux de toutes les principales formes de cardiopathies augmente avec l'âge[3]. Les hommes, à partir de 45 ans, et les femmes, à partir de 55 ans, courent un risque beaucoup plus grand de développer une maladie coronarienne[4]. Ainsi, l'apparition de cette maladie semble décalée d'environ dix ans chez les femmes dont le risque augmente à partir de 55 ans[3].

1.2.2 Les antécédents familiaux

Il est reconnu que les antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires, surtout s'ils sont survenus précocement, augmentent le risque de développer des MCV[3]. Les facteurs qui contribuent à cette association sont notamment les dyslipidémies familiales, le mode de vie et les anomalies moléculaires de la physiologie vasculaire qui rendent la paroi des vaisseaux plus sensibles à l'athérosclérose. L'hérédité est reconnue comme un élément à tenir compte lors de l'évaluation d'un client et se définit par : avoir un père ou un frère de moins de 55 ans et/ou une mère ou une sœur de moins de 65 ans atteint de MCV.[4]

1.2.3 Le tabagisme

Le tabagisme est la principale cause de décès évitable au Canada[3]. Contrairement à la croyance populaire, il cause plus de décès par MCV que par cancer, en raison de ses effets athérogéniques et pro-arythmiques sur le cœur. Le tabagisme fait augmenter l'incidence de toutes les principales formes de MCV[3]. Selon le « Portrait de santé. Le Québec et ses régions »[5], 30,5 % des québécois faisaient un usage régulier (au moins une cigarette par jour

à tous les jours) du tabac en 1998. Peu importe le groupe d'âge, la proportion des fumeurs réguliers de sexe masculin était toujours plus élevée que celle de fumeurs réguliers de sexe féminin.

1.2.4 L'hypertension artérielle (HTA)

L'HTA, définie par une tension systolique de ≥ 140 mmHg ou une tension diastolique ≥ 90 mmHg[3] est un facteur de risque majeur et accroît de deux à trois fois le risque de MCV globale[6]. L'HTA prédispose la personne atteinte à toutes les MCV : maladie coronarienne, AVC, insuffisance cardiaque et maladie artérielle périphérique. L'HTA tend à s'ajouter aux autres facteurs de risque de l'athérogénèse qui incluent la dyslipidémie, l'intolérance au glucose, l'insulinorésistance et l'obésité[7]. Au Canada, 25 % des hommes et 18 % des femmes font de l'HTA ou prennent un anti-hypertenseur ou les deux[8].

1.2.5 Le diabète

Le diabète de type 2 est un important facteur de risque de l'HTA, d'AVC, de cardiopathies et de maladies vasculaires, particulièrement chez les femmes[3]. Le diabète accroît l'incidence de la MCV et amène des conséquences plus lourdes. Le taux de mortalité par cardiopathies est en effet plus élevé chez les diabétiques. Un contrôle adéquat du diabète peut réduire les risques de MCV et d'autres complications qui lui sont associées. Plusieurs études ont démontré une concentration des facteurs de risque des MCV chez les personnes diabétiques, facteurs qui incluent l'obésité, l'HTA, les dyslipidémies et le tabagisme[7]. La prévalence réelle du diabète au Canada pourrait être le double de celle rapportée par les diabétiques, car environ 50 % des adultes atteints n'ont pas reçu de diagnostic. En 1996-1997, 3 % des canadiens et 4 % des canadiennes affirmaient avoir reçu un diagnostic médical de diabète[3].

1.2.6 La sédentarité

Des études de cohorte ont démontré qu'un niveau peu important d'activité physique augmente le risque de décès par cardiopathie ischémique[7]. Elles ont également mis à jour une relation entre la réponse et la dose; un exercice physique modéré est bénéfique, mais une augmentation du niveau d'activité physique procure encore plus de bienfaits[7]. Ce bienfait découlerait de l'effet positif de l'activité physique sur les taux de cholestérol sanguin, l'indice de masse corporelle (IMC) et la tension artérielle. Par le passé, seules les activités physiques intenses (ex. : badminton, ski de fond, etc.) étaient reconnues bénéfiques pour la santé, d'où la prescription bien connue : trois fois 20 minutes par semaine d'activité physique intense.

En 1999, un avis du comité scientifique de Kino-Québec[9] apportait une nouvelle vision de la relation entre l'activité physique et la santé. Il est maintenant recommandé de consacrer un minimum de 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée (ex. : marche, vélo, patin, etc.) au cours de la journée. Les périodes d'activité physique peuvent être fractionnées en bloc de dix minutes ou plus au cours d'une journée, leurs effets sur la santé étant

cumulatifs. Les indicateurs du niveau d'activité physique varient énormément dans la littérature selon que l'on adhère à l'ancienne ou à la nouvelle vision de la relation entre l'activité physique et la santé. En 1998, au Québec[9] 48 % des québécois pratiquaient une activité physique (séance de 20 à 30 minutes) moins d'une fois par semaine, soit 47 % des hommes et 49 % des femmes.

1.2.7 L'obésité

La relation entre l'obésité, le risque de MCV et de diabète de type 2 est bien établie. De façon générale, plus un individu présente un surplus de poids important, plus son risque de MCV et de diabète de type 2 augmente[10]. Des études ont démontré que la localisation du tissu adipeux pouvait également influencer le risque de développer ces maladies. Il a été maintes fois suggéré qu'un excès de tissus adipeux au niveau du tronc et de l'abdomen (l'excès de poids typique des hommes) était associé à un risque significativement plus élevé pour la SCV qu'un excès de tissus adipeux logé au niveau des hanches et des cuisses (l'excès de poids typique des femmes)[10]. C'est ainsi que, pour un même pourcentage de graisse corporelle, les hommes montrent généralement un profil de risque plus élevé que les femmes. De façon plus spécifique, il a été démontré, à l'aide de technique d'imagerie, que le tissu adipeux abdominal logé sous la couche musculaire et entourant les viscères (le tissu adipeux viscéral) s'avérait très étroitement associé aux facteurs de risque pour la MCV et le diabète de type 2[11]. La mesure du tour de taille est un indicateur fiable pour estimer la graisse viscérale[11]. Avant 40 ans, le tour de taille doit être inférieur à 40 pouces ou 100 centimètres. Après 40 ans, le tour de taille doit être inférieur à 36 pouces ou 90 centimètres. À la ménopause, le tour de taille doit être inférieur à 34 pouces ou 85 centimètres[12].

En 1998[9], 29 % des québécois présentaient un excès de poids défini par un IMC de 25 et plus chez les 15-19 ans, un IMC de 27 et plus chez les 20-80 ans et un IMC de 29 et plus chez les 81 ans et plus. Cette proportion était de 34 % chez les hommes et de 24 % chez les femmes. Toutefois, les récentes données scientifiques[11,12] démontrent que le tour de taille, indicateur de l'obésité abdominale, est un meilleur indicateur de risque de MCV que l'IMC.

1.2.8 Les dyslipidémies

La relation entre une élévation du taux de cholestérol sanguin et la cardiopathie ischémique est connue depuis longtemps. Les résultats d'études cliniques de longue durée, telles que l'étude de Framingham[13], ont confirmé cette association. Plusieurs études angiographiques et cliniques ont ainsi démontré que la diminution du taux de cholestérol sanguin entraîne la stabilisation ou le ralentissement de la progression des lésions athérosclérotiques, ce qui est confirmé par la diminution des complications cliniques de la maladie coronarienne et de la mortalité[12].

Un taux élevé de cholestérol des lipoprotéines de basse densité (cholestérol LDL) et un faible taux de cholestérol des lipoprotéines de haute densité (cholestérol HDL), plus particulièrement en présence d'un taux élevé de triglycérides, constituent des indicateurs

plus précis du risque de cardiopathies ischémiques que le taux de cholestérol total seulement. En 1995, 45 % des canadiens et 43 % des canadiennes avaient un taux élevé de cholestérol sanguin total[5]. Toujours selon cette même source, la fréquence d'un taux élevé de cholestérol total chez les hommes augmentait rapidement après l'âge de 34 ans; par contre, chez les femmes, la hausse survenait une décennie plus tard, soit après l'âge de 44 ans, puis cette prévalence dépasse celle des hommes après l'âge de 55 ans.

1.2.9 La ménopause sans hormonothérapie

Avant la ménopause, les femmes ont une « certaine immunité » à l'athérosclérose, c'est-à-dire qu'elles doivent avoir plus de facteurs de risque pour être aussi malade que les hommes et aussi précocement. Par contre, dans les dix ans qui suivent la ménopause, à facteur de risque constant, leur taux d'événements coronariens augmente plus rapidement[14]. Jusqu'en 1998, on croyait que l'hormonothérapie de remplacement pouvait prévenir les événements cardiovasculaires chez les femmes ménopausées. Cette affirmation s'appuyait sur une extrapolation d'observations rétrospectives[15]. Toutefois, les résultats des études prospectives ne vont pas dans le même sens. Les chercheurs s'attendaient à obtenir 50 % de réduction de la mortalité cardiovasculaire, mais rien ne s'est produit : il n'y a eu aucune réduction de la mortalité. Il y a eu un effet neutre sur les cinq ans de l'étude et même un excès d'événements pendant la première année.

1.2.10 Le cumul des facteurs de risque des MCV

Le cumul de facteurs de risque de MCV augmente le risque d'être atteint d'une MCV. En effet, le risque de MCV se distingue par le fait que la présence de plus d'un facteur de risque exerce un effet synergique sur le risque général de MCV. Ainsi, une augmentation, même modérée, au niveau de plus d'un facteur de risque, peut accroître considérablement le risque de MCV[7]. Les enquêtes canadiennes de SCV de 1985-1990 ont révélé que 41 % des hommes et 33 % des femmes présentaient au moins deux facteurs de risque majeurs (tabagisme, HTA, hypercholestérolémie, sédentarité ou obésité) alors que 77 % des hommes et 73 % des femmes présentaient au moins un facteur de risque majeur[3].

TABLEAU 3

LES FACTEURS DE RISQUE DES MCV

- Facteurs non modifiables : âge
  sexe
  antécédents familiaux
- Facteurs modifiables : tabagisme
  HTA
  diabète
  obésité
  dyslipidémies
  ménopause sans hormonothérapie

1.3 DÉROULEMENT DES CLINIQUES DE DÉPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUE DE MCV

Les cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV comportaient trois étapes : la préparation, le dépistage et le suivi. Chacune des étapes est décrite dans les paragraphes qui suivent.

1.3.1 La préparation

Les cliniques de dépistage ont été planifiées et réalisées par les intervenants en SCV des onze CLSC de notre région. Elles se sont tenues dans différents milieux de travail, auprès des groupes communautaires et de clubs sociaux; dans des centres commerciaux ou lors d'événements ponctuels (ex. : tournoi de golf). Les intervenants SCV étaient responsables d'identifier les milieux potentiels pour la tenue des cliniques de dépistage et pouvaient travailler avec d'autres intervenants pour trouver des milieux d'intervention. La plupart du temps, c'est par un contact téléphonique que l'intervenant SCV présentait aux dirigeants de l'entreprise les cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV. Il arrivait également que les intervenants SCV se déplaçaient pour rencontrer les personnes clés. Parfois, les entreprises faisaient elles-mêmes la demande auprès de leur CLSC. À quelques occasions, des « comités du cœur » et des bénévoles ont été associés au démarchage pour offrir les cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV. Une fois la date convenue, l'employeur en faisait la promotion auprès de ses employés par différents moyens (mémo, affiches, annonces, etc.).

Après quelques années de fonctionnement, les activités de dépistage ont été présentées comme une activité répondant aux exigences de la loi favorisant le développement de la formation de la main d'œuvre (Loi du 1 % pour la formation du personnel). Cette approche a grandement facilité « la vente » des cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV auprès des entreprises.

1.3.2 Le dépistage

Le dépistage pouvait s'effectuer de deux façons. La première façon consistait à rencontrer les employés en groupe. L'intervenant SCV leur expliquait les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires, leur importance, puis les invitait à compléter le questionnaire pour l'évaluation de leurs facteurs de risque de MCV (Annexe 1) avant le counselling.

La deuxième façon consistait à rencontrer chaque client individuellement pour une période de 10 à 20 minutes. L'intervenant SCV évaluait alors les facteurs de risque des MCV à l'aide du même questionnaire.

Une fois le questionnaire complété, l'intervenant SCV transcrivait les informations sur une grille de compilation (Annexe 2) afin de faciliter la cueillette, la saisie et l'analyse des données. Dans les deux cas, les personnes dépistées recevaient un « counselling » approprié à leur état (Annexe 3) et, au besoin, étaient référées à leur médecin de famille et/ou dirigées vers les ressources du milieu lorsque disponibles.

1.3.3 Le suivi

La présentation des résultats des cliniques de dépistage des facteurs de risque se faisait sous forme de rapport (Annexe 4) à l'entreprise (employeur) avec copie au syndicat et au comité de santé et sécurité au travail si présent. Ce rapport présentait le nombre de personnes dépistées, l'âge moyen des personnes dépistées, la prévalence des facteurs de risque modifiables et les éléments sur lesquels la clientèle dépistée souhaitait travailler. Le rapport présentait aussi l'évaluation de l'activité de dépistage des facteurs de risque et les suggestions pour l'améliorer. Un certificat attestant la tenue de l'activité pour la reconnaissance de la formation du personnel était joint au rapport.

Par la suite, l'employeur décidait du suivi que son entreprise voulait adopter. Par exemple, il pouvait décider de demander à l'intervenant SCV de revenir pour parler davantage de certains facteurs de risque, de modifier le menu de la cafétéria, de changer les aliments vendus dans les machines distributrices, de tenir des séances d'activité physique sur le lieu de travail, d'offrir les cours de cessation de fumer, etc.

2. MÉTHODOLOGIE

Dans ce chapitre nous aborderons les éléments qui touchent la méthodologie soit la clientèle visée, les facteurs de risque mesurés et leur méthode de calcul, le cumul des facteurs de risque et l'évolution de ceux-ci, de même que l'évolution des outils de cueillette de données et de compilation. Nous terminerons cette section par une explication des analyses statistiques que nous avons faites pour les résultats des cliniques de dépistage des facteurs de risque.

2.1 LA CLIENTÈLE VISÉE

Les cliniques de dépistage visaient à rejoindre surtout la clientèle masculine âgée entre 35 et 64 ans et ce, dans une proportion de 75 % de la clientèle totale. Cependant, après environ un an et demi de fonctionnement, les intervenants ont expliqué leur difficulté à atteindre cette clientèle et ont suggéré de viser un pourcentage plus réaliste de 50 %, tout en conservant une préoccupation pour la gente masculine. Bien que le groupe d'âge des 35-64 ans soit priorisé, la clientèle plus jeune ou plus âgée est acceptée dans les cliniques de dépistage.

2.2 FACTEURS DE RISQUE DES MCV MESURÉS LORS DES CLINIQUES DE DÉPISTAGE

Les facteurs de risque des MCV non modifiables mesurés lors des cliniques de dépistage sont l'âge, le sexe et les antécédents familiaux. Parmi les facteurs de risque modifiables habituellement associés aux MCV, seul le cholestérol sanguin n'est pas mesuré. Ce facteur de risque n'a pas été mesuré pour trois raisons. La première est que la technologie habituellement utilisée dans les cliniques de dépistage des facteurs de risque ne permet de doser que le cholestérol total. Tel que mentionné dans le chapitre 2, ce paramètre biochimique, sans le cholestérol LDL, le cholestérol HDL et les triglycérides, a peu de valeur prédictive du risque de MCV. La deuxième raison, est que la Table québécoise du consensus sur l'hypercholestérolémie ne recommande pas le dépistage de masse du cholestérol sanguin[16], mais plutôt un dépistage chez les personnes à risque. Troisièmement, le coût du test de cholestérol aurait considérablement augmenté le coût des cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV. Malgré ces raisons, le CLSC pouvait décider de doser, par ses propres moyens, le cholestérol sanguin total. De l'ensemble des CLSC de la région, le Centre de santé des Etchemins a opté pour cette mesure.

Comme il est établi dans notre dépistage des facteurs de risque des MCV, nous prenons la tension artérielle de chaque client. Nous distinguons une HTA diagnostiquée (le client a été informé par un médecin qu'il souffrait d'une hypertension artérielle, traitée ou non) d'une

tension artérielle élevée au moment du dépistage (pouvant avoir de multiples raisons entre autres, le syndrome du sarrau blanc) et nous les notons comme tel sur notre feuille de compilation.

TABLEAU 4

LES FACTEURS DE RISQUE DES MCV MESURÉS PAR LES CLINIQUES DE DÉPISTAGE

- Facteurs non modifiables : âge
  sexe
  antécédents familiaux

- Facteurs modifiables : tabagisme
  HTA
  diabète
  obésité
  ménopause sans hormonothérapie

2.3 LA MESURE DES FACTEURS DE RISQUE DES MCV

Les paragraphes suivants présentent, pour chaque facteur de risque retenu, la définition, la façon de le mesurer (volet technique) et la méthode de calcul.

2.3.1 Facteurs de risque : âge et sexe

Définition

Proportion d'hommes dépistés ayant 45 ans et plus par rapport à l'ensemble de la clientèle masculine dépistée.

Proportion de femmes dépistées ayant 55 ans et plus par rapport à l'ensemble de la clientèle féminine dépistée.

Mesure

Les personnes dépistées devaient indiquer si une des phrases suivantes s'appliquaient :

- je suis un homme de 45 ans et plus
- je suis une femme de 55 ans et plus

L'âge était aussi calculé à partir de la date de naissance (année, mois, jour) du client et de la date de la clinique de dépistage.

Méthode de calcul

Nombre d'hommes dépistés qui déclarent avoir 45 ans et plus x 100
Nombre total d'hommes dépistés

Nombre de femmes dépistées qui déclarent avoir 55 ans et plus x 100
Nombre total de femmes dépistées

2.3.2 FACTEUR DE RISQUE : ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Définition

Proportion des personnes dépistées qui déclarent avoir un père ou un frère de moins de 55 ans et/ou une mère ou une sœur de moins de 65 ans atteint de MCV par rapport à l'ensemble de la clientèle dépistée.

Mesure

Les personnes dépistées devaient indiquer si la phrase suivante s'appliquait :

- Antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires (paralysie, angine, infarctus, pontage) chez père ou frère de moins de 55 ans et/ou une mère ou une sœur de moins de 65 ans.

Méthode de calcul

Nombre de personnes dépistées qui déclarent avoir un père ou un frère
de 55 ans et/ou une mère ou une sœur de moins de 65 ans atteint de MCV x 100
Nombre total de personnes dépistées

2.3.3 Facteur de risque : tabagisme

Définition

Proportion de la clientèle qui déclare une habitude tabagique (fume à tous les jours : cigarette, cigare ou pipe) par rapport à la clientèle dépistée.

Mesure

Les personnes dépistées devaient indiquer si la phrase suivante s'appliquait :

- Je fume à tous les jours (cigarette, cigare ou pipe).

Méthode de calcul

Nombre de personnes qui déclarent une habitude tabagique x 100
Nombre total de personnes dépistées

2.3.4 Facteur de risque : HTA diagnostiquée

Définition

Proportion des personnes dépistées qui déclarent avoir une HTA diagnostiquée ou prendre des médicaments pour la pression par rapport à l'ensemble de la clientèle dépistée.

Mesure

Les personnes dépistées devaient indiquer si la phrase suivante s'appliquait :

- Hypertension artérielle diagnostiquée ou traitée

Méthode de calcul

Nombre de personnes dépistées qui déclarent avoir une HTA
diagnostiquée ou prendre des médicaments pour la pression x 100
Nombre total de personnes dépistées

2.3.5 Facteur de risque : HTA non diagnostiquée

Définition

Proportion de la clientèle ayant une tension artérielle ≥ 140/90 au moment du dépistage, mais non diagnostiquée par rapport à l'ensemble de la clientèle dépistée.

Mesure

La tension artérielle était prise par l'intervenant SCV selon le protocole décrit à l'annexe 5.

Méthode de calcul

Nombre de personnes dépistées ayant une tension artérielle
≥ 140/90 non diagnostiquée au moment du dépistage x 100
Nombre total de personnes dépistées

2.3.6 Facteur de risque : diabète

Définition

Proportion de la clientèle qui déclare avoir un diabète diagnostiqué par rapport à l'ensemble de la clientèle dépistée.

Mesure

Les personnes dépistées devaient indiquer si la phrase suivante s'appliquait :

- Je suis diabétique

Méthode de calcul

Nombre de personnes qui déclare être diabétique x 100
Nombre total de personnes dépistées

2.3.7 Facteur de risque: sédentarité

Définition

Proportion de la clientèle qui déclare faire moins de quatre fois par semaine un cumulatif de 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée ou élevée par rapport à l'ensemble de la clientèle dépistée.

Méthode de calcul

Nombre de personnes qui déclare faire moins de quatre fois
par semaine un cumulatif de 30 minutes d'activité physique modérée x 100
Nombre total personnes dépistées

2.3.8 Facteur de risque : obésité abdominale

Définition

Proportion de la clientèle ayant un tour de taille à risque par rapport à la clientèle dépistée.

Mesure

Tour de taille à risque :

Client de moins de 40 ans avec un tour de taille supérieur à 40 pouces ou 100 centimètres

ou

Client de 40 ans et plus avec un tour de taille supérieur à 36 pouces ou 90 centimètres

ou

Femme ménopausée avec un tour de taille supérieur à 34 pouces ou 85 centimètres.

Le tour de taille était mesuré à l'aide d'un gallon souple à mi-distance entre la dernière côte et la crête iliaque en expiration légère.

Méthode de calcul

Nombre de personnes ayant un tour de taille à risque x 100
Nombre total personnes dépistées

2.3.9 Facteur de risque ménopause sans hormonothérapie

Définition

Proportion des femmes de moins de 55 ans, ménopausée sans hormonothérapie par rapport à l'ensemble des femmes dépistées.

Mesure

Les personnes dépistées devaient indiquer si la phrase suivante s'appliquait :

- Je suis une femme de moins de 55 ans, ménopausée et je ne prends pas d'hormonothérapie.

Méthode de calcul

$$\frac{\text{Nombre de femmes qui déclare avoir moins de 55 ans, ménopausée sans hormonothérapie}}{\text{Nombre total de femmes dépistées}} \times 100$$

2.3.10 Le cumul des facteurs de risque

Définition

Proportion de la clientèle dépistée ayant trois facteurs de risque et plus par rapport à l'ensemble de la clientèle dépistée.

Méthode de calcul

$$\frac{\text{Nombre de personnes ayant trois facteurs de risque et plus}}{\text{Nombre total de personnes dépistées}} \times 100$$

2.4 L'ÉVOLUTION DES FACTEURS DE RISQUE MESURÉS ET DES INSTRUMENTS DE COMPILATION

2.4.1 Évolution des facteurs de risque mesurée.

Les facteurs de risque mesurés sont demeurés les mêmes depuis le début des cliniques de dépistage, mais risquent éventuellement d'être modifiés en raison notamment des études récentes qui remettent en question le rôle de l'hormonothérapie de remplacement chez les femmes ménopausées dans la prévention des MCV et de l'orientation future du programme.

2.4.2 Évolution du questionnaire d'évaluation des facteurs de risque des MCV

La présentation visuelle du questionnaire a été modifiée au fil du temps de même que son contenu. La version présentée à l'annexe 1 est la dernière version utilisée. Dans la première version, une question portait sur le cholestérol HDL. Il était demandé aux clients dépistés d'inscrire la valeur de leur cholestérol HDL lorsque connue afin de la considérer dans le calcul du niveau risque de MCV. Avec le temps, les intervenants SCV ont constaté que peu de gens connaissaient la valeur de leur cholestérol HDL et puisque aucune mesure sanguine du cholestérol était faite, cette question a été retirée.

Le questionnaire contenait également un tableau d'interprétation des résultats de l'évaluation des facteurs de risque des MCV, lequel situait le degré de risque selon le nombre des facteurs. Ce tableau pouvait, si non expliqué, créer des craintes inutiles et il fut retiré du questionnaire. L'interprétation des résultats est donnée maintenant par l'intervenant SCV lors du counselling avec le client.

La formulation de certaines questions a été modifiée dans le but de les rendre plus claires sans en changer l'idée maîtresse. Dernièrement, un « Test de dépistage des risques de diabète » a été ajouté au verso du questionnaire. Cet ajout a été fait, compte tenu de l'importance du diabète comme précurseur de maladies cardiovasculaires[17,18] .

2.4.3 Évolution de la grille de compilation des facteurs de risque des MCV

Peu de temps après le début des cliniques de dépistage et à la demande des intervenants des modifications ont été apportées à la grille de compilation des facteurs de risque des MCV. La version présentée à l'annexe 2 est la dernière version utilisée. La principale modification a été de séparer clairement les gens ayant un diagnostic d'hypertension artérielle de ceux ayant une tension artérielle ≥140/90 mmHg, mais non diagnostiquée au moment du dépistage afin de conseiller adéquatement le client et de connaître la proportion des personnes dépistées qui ignorent ce fait. Les autres améliorations concernent davantage la disposition des facteurs de risque des MCV afin d'accélérer la retranscription de ceux-ci.

2.5 LES ANALYSES STATISTIQUES

La prévalence des facteurs de risque des MCV a été déterminée par des analyses descriptives. Puisque la clientèle visée est principalement les personnes âgées de 35 à 64 ans, les résultats de la prévalence des facteurs de risque des MCV sont présentés pour ce segment de la clientèle. La prévalence des facteurs de risque des MCV chez les 35-64 ans a été comparée à celle du reste de la clientèle dépistée, soit les moins de 35 ans et les plus de 64 ans. Une annotation est faite lorsque la prévalence chez les 35-64 ans est statistiquement différente à un seuil de confiance de 95 % suite à la comparaison des intervalles de confiance de chacune des proportions observées. La comparaison de la

prévalence des facteurs de risque chez les hommes et les femmes, de même que la prévalence des facteurs de risque des MCV d'une année à l'autre ont été faites selon la même méthode.

2.6 COMPILATION DES CLINIQUES

Le nombre de cliniques de dépistage des facteurs de risque a été calculé pour chaque CLSC. La date, le lieu et le CLSC ont été croisés pour obtenir le nombre de cliniques.

Pour chaque CLSC, une clinique est comptabilisée lorsque que celle-ci se déroule dans une municipalité ou une entreprise lors d'une journée. Ainsi, si le 9 octobre, il y a des cliniques dans trois municipalités ou entreprises cela compte pour trois cliniques. Cependant, si deux cliniques avaient lieu la même journée, dans un même territoire de CLSC, à l'analyse, cela est considéré comme une seule clinique.

De plus, si le nombre de clients nécessite plusieurs jours de dépistage, chaque journée passée dans le même milieu est également considérée comme autant de cliniques de dépistage. Par exemple, si dans une entreprise la clinique dure 4 journées, cela est considéré comme 4 cliniques, si la clinique dure 2 jours dans une ville ou municipalité, cela sera considéré 2 cliniques.

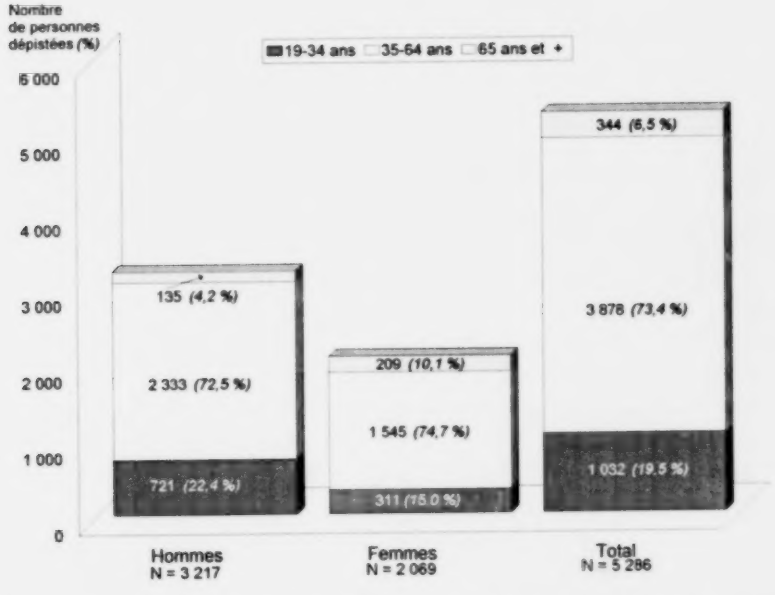
3. RÉSULTATS (PREMIÈRE PARTIE) : CLIENTÈLE REJOINTE ET NOMBRE DE CLINIQUES DE DÉPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUE DES MCV RÉALISÉES

Cette section vise à répondre à la question suivante : les cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV ont-elles rejoint la clientèle ciblée ?

La figure 1 démontre qu'entre 1997-1998 et 2000-2001, les cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV effectuées sur l'ensemble du territoire de Chaudière-Appalaches ont rejoint 5 286 personnes[a]; 2 069 femmes (39,1 %) et 3 217 hommes (60,9 %). La majorité (73,4 %) de la clientèle rejointe avait entre 35 et 64 ans.

FIGURE 1

Clientèle rejointe (nombre et proportion) selon le sexe et le groupe d'âge 1997-1998 à 2000-2001



Note : La clientèle de moins de 18 ans n'est pas incluse ici, elle représente 28 hommes (0,9 %); 4 femmes (0,2 %) pour un total de 32 personnes (0,6 %).

Source: Surveillance santé cardiovasculaire, 1997-1998 à 2000-2001.
Production : RRSSS Chaudière-Appalaches, DSPPE (CSR), 2002.

[a] Les cliniques de dépistage ont rejoint 5 372 clients, mais compte tenu de données manquantes, l'analyse porte sur 5 286 clients.

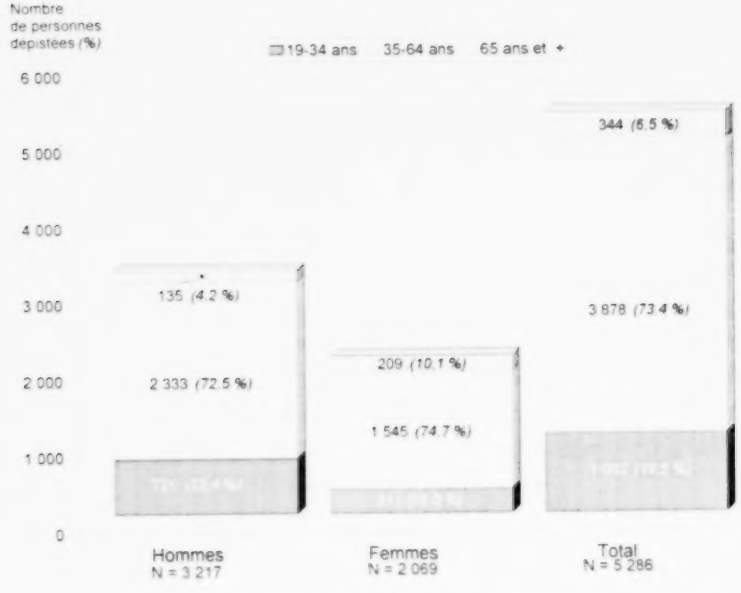
3. RÉSULTATS (PREMIÈRE PARTIE) : CLIENTÈLE REJOINTE ET NOMBRE DE CLINIQUES DE DÉPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUE DES MCV RÉALISÉES

Cette section vise à répondre à la question suivante : les cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV ont-elles rejoint la clientèle ciblée ?

La figure 1 démontre qu'entre 1997-1998 et 2000-2001, les cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV effectuées sur l'ensemble du territoire de Chaudière-Appalaches ont rejoint 5 286 personnes[a]: 2 069 femmes (39,1 %) et 3 217 hommes (60,9 %). La majorité (73,4 %) de la clientèle rejointe avait entre 35 et 64 ans.

FIGURE 1

Clientèle rejointe (nombre et proportion) selon le sexe et le groupe d'âge 1997-1998 à 2000-2001



Note : La clientèle de moins de 18 ans n'est pas incluse ici, elle représente 28 hommes (0,9 %); 4 femmes (0,2 %) pour un total de 32 personnes (0,6 %).

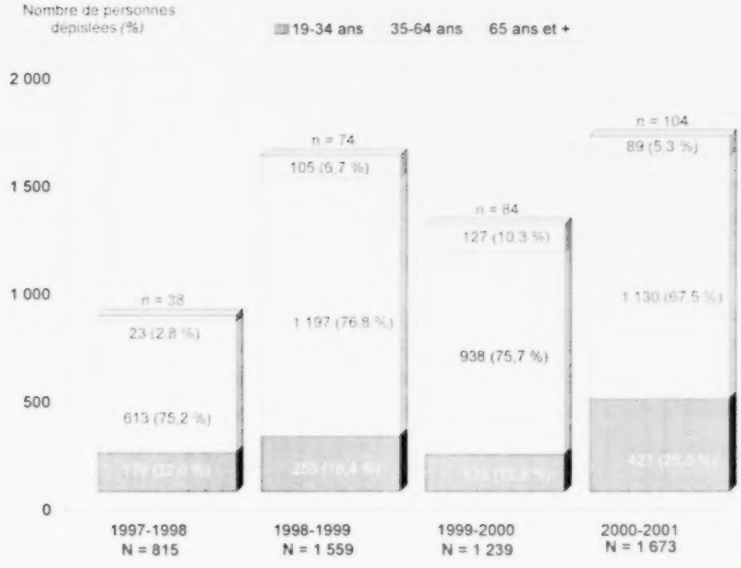
Source: Surveillance santé cardiovasculaire, 1997-1998 à 2000-2001.
Production : RRSSS Chaudière-Appalaches, DSPPE (CSR), 2002.

[a] Les cliniques de dépistage ont rejoint 5 372 clients, mais compte tenu de données manquantes, l'analyse porte sur 5 286 clients.

La figure 2 présente la clientèle rejointe selon le groupe d'âge et le nombre de cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV réalisées pour chacune des quatre années. Le groupe des 35 à 64 ans représente environ 75% de la clientèle rejointe à chaque année, sauf pour 2000-2001 où il représente 67,5 %. Les deux premières années, les cliniques de dépistage ont rejoint en moyenne 21 personnes par clinique alors que durant les deux dernières années, ce nombre se situe à 15. Au total, 299 cliniques de dépistage (voir 2.7 La compilation des cliniques) des facteurs de risque des MCV ont été faites en Chaudière-Appalaches entre 1997-1998 et 2000-2001.

FIGURE 2

Clientèle rejointe (nombre et proportion) selon l'année et le groupe d'âge et nombre de clinique de dépistage des facteurs de risque des MCV réalisées 1997-1998 à 2000-2001



Note : La clientèle de moins de 18 ans n'est pas incluse dans la figure 2. Elle représente : 0 (1997-98); 2 (1998-99); 3 (1999-00); 27 (2000-01) pour un total de 32 personnes.

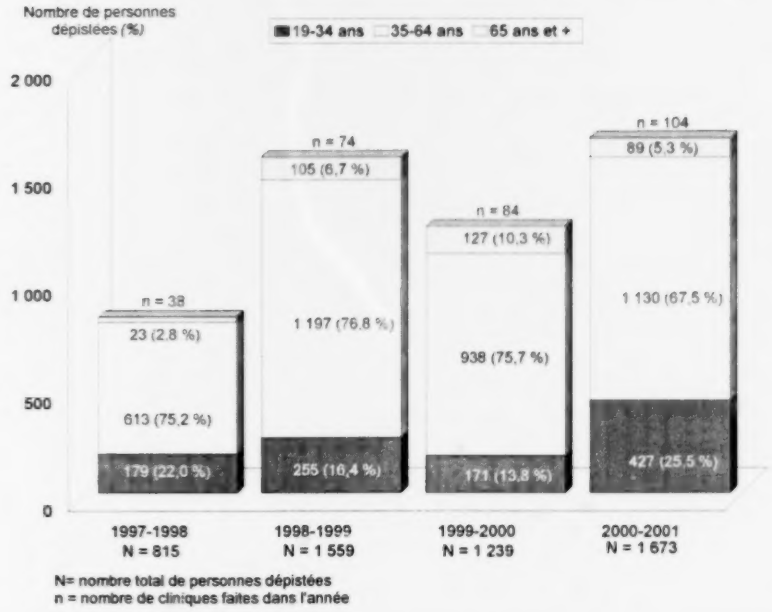
Source: Surveillance santé cardiovasculaire, 1997-1998 à 2000-2001.
Production : RRSSS Chaudière-Appalaches, DSPPE (CSR), 2002.

Les données sont également ventilées par territoire de CLSC (figure 3), ce qui permet de connaître le nombre de personnes dépistées et le nombre de cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV réalisées dans chacun des CLSC. Un peu plus 50 % des personnes dépistées ont été rejointes dans trois CLSC soit : Frontenac, Les Etchemins et Beauce-Sartigan.

La figure 2 présente la clientèle rejointe selon le groupe d'âge et le nombre de cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV réalisées pour chacune des quatre années. Le groupe des 35 à 64 ans représente environ 75% de la clientèle rejointe à chaque année, sauf pour 2000-2001 où il représente 67,5 %. Les deux premières années, les cliniques de dépistage ont rejoint en moyenne 21 personnes par clinique alors que durant les deux dernières années, ce nombre se situe à 15. Au total, 299 cliniques de dépistage (voir 2.7 La compilation des cliniques) des facteurs de risque des MCV ont été faites en Chaudière-Appalaches entre 1997-1998 et 2000-2001.

FIGURE 2

Clientèle rejointe (nombre et proportion) selon l'année et le groupe d'âge et nombre de clinique de dépistage des facteurs de risque des MCV réalisées 1997-1998 à 2000-2001



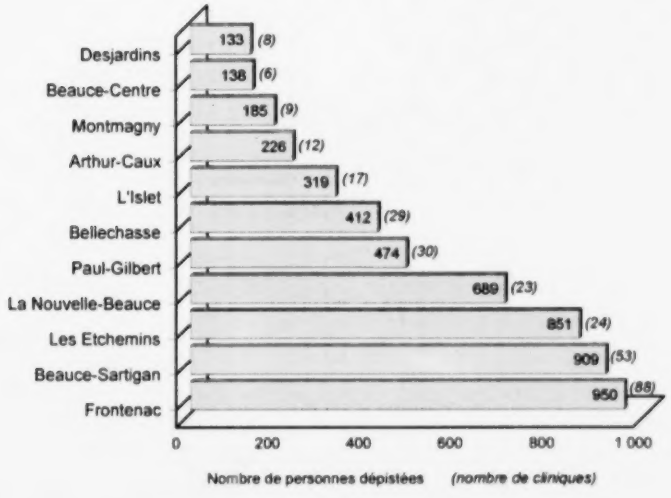
Note : La clientèle de moins de 18 ans n'est pas incluse dans la figure 2. Elle représente : 0 (1997-98); 2 (1998-99); 3 (1999-00); 27 (2000-01) pour un total de 32 personnes.

Source: Surveillance santé cardiovasculaire, 1997-1998 à 2000-2001.
Production : RRSSS Chaudière-Appalaches, DSPPE (CSR), 2002.

Les données sont également ventilées par territoire de CLSC (figure 3), ce qui permet de connaître le nombre de personnes dépistées et le nombre de cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV réalisées dans chacun des CLSC. Un peu plus 50 % des personnes dépistées ont été rejointes dans trois CLSC soit : Frontenac, Les Etchemins et Beauce-Sartigan.

FIGURE 3

Nombre de personnes dépistées et de nombre de cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV réalisées par CLSC[b]
1997-1998 à 2000-2001



Source: Surveillance santé cardiovasculaire, 1997-1998 à 2000-2001.
Production : RRSSS Chaudière-Appalaches, DSPPE (CSR), 2002.

Ce portrait de la clientèle rejointe démontre que les cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV ont réussi à rejoindre la clientèle qui était visée au départ, soit les hommes de 35-64 ans. En effet, la gente masculine représente 60 % de la clientèle dépistée et 73 % de la clientèle a entre 35 et 64 ans. Considérant que les hommes sont habituellement difficilement à rejoindre[19,20], ces proportions sont très satisfaisantes. La représentativité régionale est toutefois moins satisfaisante : plus de 50 % des personnes dépistées l'ont été dans seulement trois des onze CLSC de la région.

Cependant, la différence de structures, dans chaque CLSC ne permet pas de comparer adéquatement les résultats. En effet, les programmes dont relève l'intervenant SCV sont fort différents d'un CLSC à l'autre et la pérennité du poste n'a pas toujours été préservée, due à des circonstances hors du contrôle des CLSC (campagnes massives de vaccination, manque de ressources humaines...).

[b] Pour les CLSC La Nouvelle Beauce, du Centre de santé Paul-Gilbert et de Bellechasse, le nombre réel de cliniques est respectivement de 24, 31, 30, car des cliniques se sont tenues la même journée (voir 2.7).

Nous nous devons de rappeler que l'intervenant du CLSC identifie le lieu où s'est tenue la clinique de dépistage des facteurs de risque des MCV, mais, on ne peut affirmer hors de tout doute, que le client est de cette municipalité, il faut donc prendre en considération la possibilité qu'un nombre de clients dépistés ne résident pas sur le territoire de ce CLSC, ni même en Chaudière-Appalaches.

TABLEAU 5

CLIENTÈLE REJOINTE ET NOMBRE DE CLINIQUES DE DÉPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUE DES MCV RÉALISÉES

- 5 286 personnes : 3 217 hommes (60,9 %)
  2 069 femmes (39,1 %)
- 73,4 % de la clientèle rejointe ont entre 35 et 64 ans
- 299 cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV réalisées

4. RÉSULTATS (DEUXIÈME PARTIE) : PRÉVALENCE DES FACTEURS DE RISQUE CHEZ LES 35-64 ANS

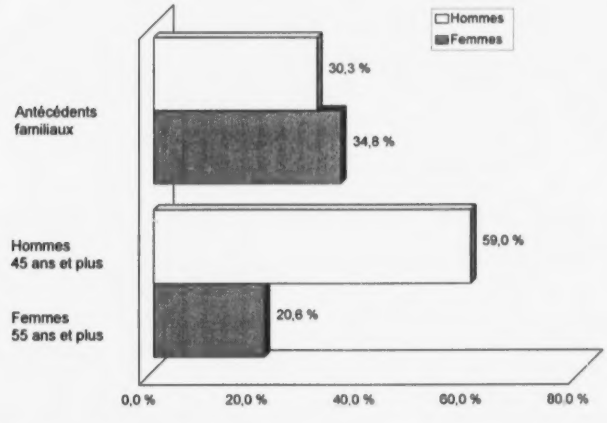
Cette section vise à répondre à la question suivante : les cliniques de dépistage des facteurs de risque des MCV ont-elles rejoint une clientèle à risque ? Pour ce faire, la prévalence des facteurs de risque des MCV chez les 35-64 ans est présentée[c].

4.1 PRÉVALENCE DES FACTEURS DE RISQUE DES MCV NON MODIFIABLES CHEZ LES 35-64 ANS

Les facteurs de risque des MCV non modifiables sont l'âge et le sexe ainsi que les antécédents familiaux. La prévalence de ces facteurs chez la clientèle dépistée est présentée à la figure 4. Chez la clientèle dépistée, 59 % d'hommes présentent le facteur de risque âge et sexe comparativement à 20,6 % des femmes[d,e]. Le facteur de risque antécédents familiaux est présent chez 30,3 % des hommes et 34,8 % des femmes[d,e]. Ces résultats sont semblables à ceux de l'étude de Baier et collaborateurs[26], où le facteur de risque hérédité était présent chez 30 % de la clientèle dépistée.

FIGURE 4

Prévalence des facteurs de risque des MCV non modifiables chez la clientèle dépistée de 1997-1998 à 2000-2001



Source: Surveillance santé cardiovasculaire, 1997-1998 à 2000-2001.
Production : RRSSS Chaudière-Appalaches, DSPPE (CSR), 2002.

[c] Le lecteur intéressé trouvera en annexe 6 la prévalence des facteurs de risque chez les hommes et les femmes, année par année, de 1996-1997 à 2000-2001.

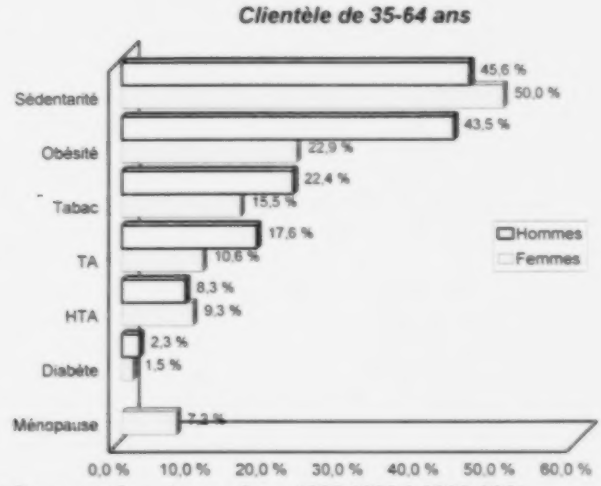
[d] Différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes.

[e] La prévalence de ce facteur de risque est statistiquement plus élevé chez les 35-64 ans que chez le reste de la clientèle dépistée.

4.2 PRÉVALENCE DES FACTEURS DE RISQUE MODIFIABLES CHEZ LES 35-64 ANS

Parmi les facteurs de risque modifiables (figure 5), la sédentarité est celui qui est le plus présent chez la clientèle dépistée : 45,6 % des hommes et 50,0 % des femmes sont sédentaires. L'obésité arrive en deuxième position avec 43,5 % des hommes et 22,9 % des femmes présentant ce facteur de risque [f,g]. Vient ensuite le tabagisme qui est déclaré chez 22,4 % des hommes et 15,5 % des femmes[f,h]. La présence d'une tension artérielle supérieure ou égale à 140/90 mmHg au moment du dépistage mais non diagnostiquée est davantage présente chez les hommes (17,6%) que chez les femmes (10,6%)[f,g], alors que l'hypertension artérielle diagnostiquée est déclarée dans une proportion semblable chez les deux sexes : (hommes : 8,3 %; femmes : 9,3 %)[h]. Finalement, le diabète diagnostiqué était mentionné chez 2,3 % des hommes et 1,5 % des femmes. Chez les femmes, le facteur de risque ménopause sans hormonothérapie était présent chez 7,2 % de la clientèle dépistée.

Figure 5
Prévalence des facteurs de risque de MCV modifiables chez la clientèle dépistée 1997-1998 à 2000-2001 (n = 3878)



Source: Surveillance santé cardiovasculaire, 1997-1998 à 2000-2001.
Production : RRSSS Chaudière-Appalaches, DSPPE (CSR), 2002.

[f] Différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes.
[g] La prévalence de ce facteur de risque est plus élevée chez les hommes de 35-64 ans que chez le reste de la clientèle masculine dépistée.
[h] La prévalence de ce facteur de risque est statistiquement plus élevé chez les 35-64 ans que chez le reste de la clientèle dépistée.

Le cumul des facteurs de risque augmente le risque d'être atteint d'une maladie cardiovasculaire. Dans le cadre de nos cliniques de dépistage, les clients qui présentaient trois facteurs de risque et plus étaient considérés à risque et donc référés à leur médecin de famille pour une évaluation plus complète. Ce fut le cas pour 30,3 % des hommes et 34,8 % des femmes rencontrés[1].

La prévalence des facteurs de risque et principalement la proportion des hommes et des femmes ayant trois facteurs de risque et plus démontre que les cliniques de dépistage ont rejoint une clientèle à risque. En effet, le tiers des personnes dépistées cumulait trois facteurs de risque et plus. La prévalence plus élevée des facteurs de risque : obésité abdominale, tabac, HTA non diagnostiquée, HTA diagnostiquée chez les 35-64 ans par rapport au reste de la clientèle, renforce la pertinence de cibler davantage ce groupe d'âge. De plus, la prévalence plus élevée des facteurs de risque de MCV modifiables (obésité abdominale, tabagisme et HTA non diagnostiquée) chez les hommes, nous encourage à continuer de rejoindre la gente masculine.

---

[1] Différence statistiquement significative entre la prévalence chez les hommes et celle des femmes.

[2] La prévalence de ce facteur de risque est statistiquement plus élevé chez les 35-64 ans que chez le reste de la clientèle dépistée.

5. LES BÉNÉFICES ESCOMPTÉS POUR LA CLIENTÈLE DÉPISTÉE

Au-delà des résultats mesurés et présentés dans les précédents chapitres, vous trouverez ici une revue de littérature qui a pour objectif d'estimer le mieux possible l'impact que peuvent avoir eu les cliniques de dépistage des facteurs de risque de MCV dans la région de la Chaudière-Appalaches. Impact sur la mortalité, la morbidité, sur les facteurs de risque et finalement sur la sensibilisation, l'acquisition des connaissances et la modification des attitudes.

Pour ce faire, les articles ont été sélectionnés en fonction des cliniques de dépistage en terme de type (multifactoriel), de lieu (milieu de travail et/ou communauté), de déroulement (participation volontaire), de support (outils éducatifs et/ou counselling). Les études réalisées sans groupe témoin tendent à rapporter des améliorations des facteurs de risque de plus grande envergure que celles avec groupe témoin. Pour les fins de cette revue de littérature, les études réalisées sans groupe témoin ne seront pas considérées afin d'éviter de surestimer l'impact des cliniques de dépistage.

5.1 IMPACT DES CLINIQUES DE DÉPISTAGE MULTIFACTORIEL SUR LA MORTALITÉ, LA MORBIDITÉ ET LES ÉVÈNEMENTS CARDIOVASCULAIRES

Malgré la popularité indéniable que connaissent les cliniques de dépistage des facteurs de risque de MCV auprès de la population, une grande controverse subsiste concernant leur efficacité [21,22,23,24,25,26]. Cette controverse origine probablement de la faible capacité de cette activité de prévention primaire à réduire significativement les risques de mortalité totale [21,22] de mortalité par MCV [21,22] de nouveaux événements cardiaques et de morbidité associée aux MCV [21]. Dans l'étude d'Ebrahim et Smith [22], la réduction non significative de la mortalité totale a été estimée à environ 8 % alors que celle de la mortalité par MCV a été estimée à environ 11 %. Pour leur part, Ketola et ses collaborateurs [21] ne rapportent aucun effet sur la mortalité alors que deux des dix études analysées ont obtenu une réduction de la morbidité associée aux MCV. Des réductions significatives de la mortalité et de la morbidité ont été observées chez des échantillons composés d'individus plus âgés et suivis à plus long terme (l'étude de MRFIT[27]). Ketola et ses collaborateurs [21] suggèrent même de remesurer l'impact de ces cliniques de dépistage sur la mortalité et la morbidité auprès des mêmes échantillons étudiés par le passé.

Le consensus est plus évident lorsqu'il s'agit de qualifier l'importance et l'efficacité de la prévention secondaire [21,23] et la prévention auprès des individus à risque [24,28]. Plus spécifiquement, les approches qui abordent plusieurs facteurs de risque sont reconnues efficaces pour diminuer la mortalité cardiovasculaire chez les individus ayant survécu à un événement cardiovasculaire [21]. Les individus étant probablement plus enclins à modifier leurs comportements en raison de la présence d'une pathologie cardiovasculaire [22].

TABLEAU 6

IMPACT DES CLINIQUES DE DÉPISAGE MULTIFACTORIEL SUR LA MORTALITÉ, LA MORBIDITÉ ET LES ÉVÉNEMENTS CARDIOVASCULAIRES

- À court terme et à moyen terme, les cliniques de dépistage multifactoriel n'ont pas d'effet statistiquement significatif sur le taux de mortalité, les événements cardiovasculaires et la morbidité.
- Chez les individus à risque, il y a consensus quant à l'importance et l'efficacité de la prévention secondaire.
- À plus long terme, le nombre d'études est insuffisant pour en tirer des conclusions.

5.2 IMPACT DES CLINIQUES DE DÉPISTAGE MULTIFACTORIEL SUR LES FACTEURS DE RISQUE DE MCV

L'impact des cliniques de dépistage multifactoriel sur la modification des facteurs de risque est pour sa part sans équivoque.[21,22,23]. La valeur clinique de cette modification demeure toutefois discutable. Deux revues de littérature récentes[21,22] ont été publiées sur l'impact du dépistage multifactoriel dans la prévention primaire des MCV. L'étude de Ketola et collaborateurs[21] a été retenue pour tenter de dégager l'impact des cliniques de dépistage non seulement parce qu'elle est la plus récente et qu'elle inclut des études non publiées en 1997, mais aussi parce qu'elle est plus sévère dans les critères d'inclusion des articles analysés. En plus du critère du devis de recherche (étude randomisée avec groupe témoin), les études devaient comporter un nombre minimal de 60 participants, avoir un taux d'abandon d'au plus 20 % après un an et mesurer les impacts au moins un an après le dépistage. L'étude d'Ebrahim et Smith[22] ne comportait pas ses critères. L'attrition, lorsqu'elle est importante, peut biaiser les conclusions de l'étude parce que les modifications des facteurs de risque ne peuvent être analysées chez les sujets ayant abandonné l'étude. De plus, les changements dans les habitudes de vie observés après plus de 12 mois suivant l'intervention peuvent être davantage interprétés comme des changements permanents.

L'étude de Ketola et coll.[21] recense l'ensemble des articles publiés de 1966 à 1998 concernant l'impact des cliniques de dépistage sur l'amélioration des facteurs de risque des MCV. Cet article résume les résultats de 10 études portant sur l'impact des cliniques de dépistage multifactoriel en prévention primaire. L'élément le plus difficile à contrôler a été, sans contredit, le type et l'intensité de l'intervention. Les études dont l'intervention portait sur la diète, la cessation du tabagisme, la diminution de l'alcool, l'augmentation de l'activité physique, ou une combinaison de celles-ci étaient incluses dans cette revue de littérature. Les études qui comportaient un traitement médicamenteux en plus d'interventions sur le style de vie étaient incluses, à condition que le traitement médicamenteux ne soit pas le traitement primaire. Des méta-analyses ont permis de déterminer le changement moyen total (CMT) qui était obtenu par : moyenne de changement chez le groupe ayant reçu

l'intervention (groupe expérimental) moins la moyenne de changement chez le groupe témoin. Cette étude avait également établi des seuils de changement à atteindre pour être cliniquement significatifs. Une diminution de 2 mmHg et plus pour la pression artérielle, de 1Kg et plus pour le poids et de 0.5 mmol/L et plus pour le cholestérol total devaient être observés dans le groupe expérimental pour être cliniquement significative. Pour le tabagisme, l'intervention devait provoquer l'abandon du tabac auprès de 5 % des personnes.

En parallèle et plus près de nous, les résultats de l'évaluation de la clinique de dépistage multifactoriel réalisée dans le cadre du programme « Vivre avec cœur »[29] seront rapportés. L'évaluation du programme « Vivre avec cœur » a utilisé un devis quasi-expérimental de type prétest post-test avec groupe témoin non-équivalent. Le prétest a été réalisé en 1990 et le post-test en 1996.

5.2.1 Modification des paramètres biologiques en lien avec les MCV

Modification du cholestérol total

Six des dix études analysées par Ketola[21] ont observé une diminution du cholestérol. Pour l'ensemble des études répertoriées, le CMT pour le cholestérol total a été de -0.36 (non significatif) mmol/L variant de 0,08 à -2,3mmol/L. L'Oslo Study Group[30] qui rapporte une diminution de 2,3mmol/L, intervenait spécifiquement sur l'alimentation et le tabac. Une diminution cliniquement significative, c'est-à-dire une diminution de plus de 0,5mmol/L, a été observée dans une étude seulement.

Pour le programme « Vivre avec cœur », la moyenne des différences individuelles pour le cholestérol total (-0,07mmol/L) n'était pas significative et ne différait pas selon la participation ou non à la clinique de dépistage. Le taux moyen de cholestérol pour l'ensemble des répondants est passé de 5,39mmol/L en 1990 à 5,3mmol/L en 1996.

Modification de la tension artérielle

Sept des dix études analysées par Ketola[21] ont obtenu une réduction de la pression artérielle. Pour l'ensemble des études, les CMT pour la pression diastolique et systolique entre le groupe expérimental et le groupe témoin n'étaient pas significatifs. La diminution de la pression systolique était en moyenne de -3,0 mmHg pour le groupe expérimental et de -1,4 mmHg pour le groupe témoin. Pour la pression diastolique, la diminution était en moyenne de - 4,2 mmHg pour le groupe expérimental et de -3,1 mmHg pour le groupe témoin. Même si les différences n'étaient pas statistiquement significatives entre les deux groupes, les diminutions de la pression artérielle étaient cliniquement significatives.

Le programme « Vivre avec cœur » a eu des effets inattendus et difficilement explicables sur la tension artérielle. Dans le groupe expérimental, il y a eu une augmentation de la moyenne des différences individuelles pour la tension artérielle systolique (+7,22 mmHg, augmentation significative) et diastolique (+1,4 mmHg, augmentation non significative). Dans le groupe témoin, il y a aussi eu une augmentation de la moyenne des différences

individuelles pour la tension artérielle systolique (+1,24 mmHg, augmentation non significative), mais une diminution de la tension artérielle diastolique (-2,02 mmHg, diminution significative).

Modification du poids

Une perte pondérale (changement moyen de -0,9Kg) est survenue dans le groupe expérimental alors qu'un gain pondéral (changement moyen de +1,2Kg) est survenu dans le groupe contrôle pour l'ensemble des études recensées par Ketola[21]. Cette différence était statistiquement significative. Toutefois, cette diminution pondérale n'était pas suffisante pour atteindre le seuil clinique fixé à 1Kg. La perte pondérale était très variable d'une étude à l'autre variant de -1,0Kg à -7,8Kg Les études[31,32] qui ont obtenu des résultats plus spectaculaires étudiaient l'impact de la perte pondérale sur d'autres facteurs de risque de MCV (ex. : tension artérielle, tension artérielle). Cette variable n'a pas été évaluée par le programme « Vivre avec cœur ».

5.2.2 Modification des comportements en lien avec les MCV

Modification des habitudes tabagiques

En raison de données incomplètes sur le tabagisme, les résultats qui se dégagent des études analysées[21] sont moins précis que pour le cholestérol, la tension artérielle et le poids. Il ressort qu'une intervention auprès de 4 à 14 personnes est nécessaire pour qu'une personne cesse de fumer. Des sept études ayant fait une intervention en faveur de la cessation du tabagisme, seulement deux ont obtenu un effet positif. Le faible impact sur le tabagisme peut être expliqué par le moment où l'évaluation a été faite. En effet, Rose[33] rapporte que des changements sur les habitudes tabagiques ne surviennent pas dans la première année suivant l'intervention. Le tabagisme est généralement perçu comme une habitude difficile à changer et semble nécessiter plus de temps pour être modifiée.

Le programme « Vivre avec cœur » n'a pas eu d'impact sur les habitudes tabagiques. Il y a eu autant de personnes qui sont demeurées non-fumeurs ou devenues non-fumeurs dans le groupe expérimental que dans le groupe témoin.

Modification de la sédentarité.

Dans la revue de littérature de Ketola[21], l'impact des interventions sur le niveau d'activité physique n'a pu être évalué pour l'ensemble des études en raison d'indicateurs disparates (mesures de l'activité cardiaque, mesures de l'activité pulmonaire, nombre d'heures d'activité physique, etc.). Des quatre études ayant analysé le changement au niveau de l'activité physique, trois ont obtenu des changements positifs.

Pour le programme « Vivre avec cœur », la probabilité d'avoir acquis ou maintenu le statut de non-sédentaire tend à être plus élevé (résultats non significatifs) chez les personnes ayant participé à la clinique de dépistage.

Modification de la consommation d'alcool.

La plupart des interventions multifactorielles ne réussissent pas à avoir un effet sur la consommation d'alcool[21]. Les résultats de l'évaluation du programme « Vivre avec cœur » abondent dans le même sens[29].

Autres modifications de comportements.

Le programme « Vivre avec cœur » ne semble pas avoir influencé l'adoption de comportements préventifs spécifiques tels la vérification annuelle de la tension artérielle de même que la consommation de sel.

Consultation médicale.

Un des objectifs des cliniques de dépistage dans la population est d'identifier et d'informer des individus potentiellement à risque de MCV afin de pouvoir les référer pour une évaluation médicale plus complète. En Chaudière-Appalaches, les clients dépistés présentant trois facteurs de risque et plus et/ou une hypertension artérielle non diagnostiquée étaient fortement invités à consulter leur médecin. Dans certains CLSC, un rappel téléphonique à l'intérieur des trois mois suivant le dépistage était fait afin d'inciter à nouveau la personne à consulter un médecin si elle ne l'avait pas déjà fait. Les études démontrent qu'entre 17 % et 63 % des personnes dépistées à qui on a recommandé de consulter un médecin suite à une clinique de dépistage l'ont fait [34]. Au Québec, ce pourcentage varie entre 22 % et 74 %[35]. Étant donné l'importance accordée à la consultation médicale et les efforts déployés pour provoquer cette action, Wang et ses collaborateurs[34] ont étudié l'effet de la visite médicale sur la diminution des facteurs de risque de MCV.

Les résultats ont démontré que suite au dépistage, une plus grande proportion de participants n'ayant pas consulté leur médecin disait avoir une alimentation élevée en matières grasses et être fumeurs, par rapport à ceux qui avaient consulté un médecin (Résultats statistiquement significatifs). Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes en ce qui concerne l'obésité et le niveau d'activité physique. Les mesures objectives du cholestérol sanguin, de l'IMC et de l'alimentation ont démontré une amélioration dans le groupe ayant consulté un médecin, mais sans atteindre le seuil significatif. Malheureusement, les différences sociales démographiques et contextuelles entre les deux groupes n'ont pas été considérées et peuvent avoir influencé l'impact de la consultation médicale. Les personnes qui n'ont pas consulté étaient davantage des hommes, âgées de plus de 40 ans, de scolarité de niveau secondaire, qui n'avaient pas d'assurance médicale, qui n'avaient pas vu un médecin dans les derniers deux ans et qui ne présentaient pas des conditions médicales (ex. : hypertension, diabète) nécessitant un suivi médical régulier. Ce groupe aurait peut-être davantage bénéficié d'une consultation médicale. Selon cette étude, la consultation médicale seule semble peu efficace et les références à des équipes multidisciplinaires seraient davantage prometteuses[34].

Les conclusions de l'étude de Wang et ses collaborateurs[34] sont difficilement applicables à la population québécoise en raison de l'accessibilité aux services de santé. Au Québec, l'impact de la visite médicale sur les facteurs de risque de MCV reste à documenter. Cette évaluation devrait être faite à court terme en raison de l'importance qui lui est accordée (parfois, seule ressource disponible selon les localités, parfois, l'objet de relances téléphoniques).

Modulation des comportements en lien avec les MCV.

Qu'est-ce qui fait qu'une personne modifiera ses habitudes de vie et adoptera des comportements sains ? Une réponse claire et précise à cette question permettrait probablement de mieux cibler le message des professionnels de la santé et de le rendre plus efficace, c'est-à-dire, provoquer l'adoption de comportements sains et améliorer significativement les paramètres liés aux MCV au-delà des effets mentionnés précédemment. La plupart des études consultées se contentent d'observer s'il y a ou non une modification des facteurs et/ou des comportements en lien avec les MCV. Peu d'études ont exploré les facteurs sous-jacents à la modification ou à la non-modification des comportements.

Théoriquement, le fait de connaître son niveau de risque face au MCV ou toutes autres maladies devrait conduire à l'adoption de saines habitudes de vie[36,37]. Curieusement, les études qui ont tenté d'identifier les causes de changement des comportements en lien avec les MCV ne retrouvent pas nécessairement l'acquisition de connaissances comme facteurs déterminants des changements[38]. Resnicow et ses collaborateurs rapportent que les facteurs habituellement identifiés comme initiateurs de changement (par exemple, la connaissance des facteurs de risque, la perception de la sévérité ou du risque de souffrir de MCV, les bénéfices perçus pour la santé d'un dépistage médical, l'attitude à l'égard de la nutrition, la perception d'être en contrôle) n'étaient pas reliés aux changements dans l'alimentation et l'activité physique.

L'étude réalisée dans la région du Bas St-Laurent dans le cadre du programme Minac[39], même si elle ne comportait pas de groupe témoin, abonde dans le même sens. Les principaux motifs invoqués de changement des habitudes de vie étaient : le désir de rester en santé, la liberté ressentie de changer ou non son comportement et le fait d'avoir été convaincu par un professionnel de la santé. Dans cette même étude, ceux qui n'avaient pas apporté de changement à leurs habitudes de vie évoquaient le fait que les résultats de tests subséquents étaient normaux ou qu'ils ne couraient pas un grand risque.

Une troisième étude, celle de l'évaluation d'un programme participatif de prévention des maladies cardiovasculaires en milieu de travail[40], tend également à confirmer ces résultats. Bien que tous les participants étaient porteurs de facteurs de risque et en étaient conscients, seulement 37,8 % des énoncés sur la représentation de la santé étaient directement reliés à ces facteurs alors que 62,2 % portaient sur des conditions de vie (bien-être général, retraite, équilibre, etc.) et sur des aspects psychosociaux (interactions familiales et sociales, image de soi, etc.). À la lumière de ces résultats, les cliniques de dépistage qui permettraient aux individus de percevoir des bénéfices pour la santé globale

seraient davantage prometteuses que celles centrées sur des bénéfices de santé spécifique tels que la réduction du cholestérol, de la tension artérielle, etc.

Quelques études ont également tenté d'identifier les facteurs qui facilitent et renforcent les changements de comportement. Simpson et collaborateurs[74] ont démontré que des conseils ou des suggestions écrites ainsi que la rédaction d'un plan d'action facilitent l'amélioration de la qualité de l'alimentation et l'augmentation de l'activité physique. Les résultats de Vanasse et Gélinas[43] vont dans la même direction : des stratégies et des techniques efficaces de réduction de poids et des moyens d'action en regard de l'alimentation facilitent l'adoption de saines habitudes alimentaires. Dans cette même étude, l'environnement social favorable (famille et travail) est également identifié comme facilitant des changements au niveau de l'alimentation, de l'activité physique et du tabagisme alors que la sensation de bien-être et le sentiment de fierté et de valorisation sociale agissent comme renforcements positifs.

TABLEAU 7

IMPACT DES CLINIQUES DE DÉPISTAGE MULTIFACTORIEL SUR LES FACTEURS DE RISQUE DE MCV : MODIFICATION DES PARAMÈTRES EN LIEN AVEC LES MCV

- À moyen terme, c'est à-dire environ un an après l'intervention, les cliniques de dépistage multifactoriel ne semblent pas réduire significativement le taux de cholestérol, la tension artérielle, le tabagisme et la consommation d'alcool.
- Seule la tension artérielle risque d'obtenir une réduction cliniquement significative.
- Les cliniques de dépistage semblent avoir un impact significatif sur le poids, sans toutefois que cette réduction soit très significative sur le plan clinique.
- Le niveau d'activité physique et la qualité de l'alimentation sont difficiles à quantifier en raison de la diversité des mesures.
- Entre 22 % et 74 % des personnes à qui il a été suggéré de consulter le médecin, l'ont possiblement fait.
- Les cliniques de dépistage qui permettraient aux individus de percevoir des bénéfices pour la santé globale seraient davantage prometteuses que celles centrées sur des bénéfices de santé spécifique tels que la réduction du cholestérol, de la tension artérielle, etc.

5.3 IMPACT DES CLINIQUES DE DÉPISTAGE MULTIFACTORIEL SUR LA SENSIBILISATION, L'ACQUISITION DES CONNAISSANCES ET SUR LA MODIFICATION DES ATTITUDES

5.3.1 Sensibilisation

Les cliniques de dépistage de facteurs de risque de MCV auprès de la population ont souvent comme objectif de sensibiliser le plus grand nombre possible d'individus à l'importance de connaître et de surveiller ces facteurs. Baier et collaborateurs[76] rapportent qu'après six mois, 93 % des personnes dépistées classifiaient correctement leur niveau de cholestérol et que 92 % classifiaient correctement leur niveau de pression artérielle. Peu d'études ont inclu dans leurs indicateurs de résultats, le degré de sensibilisation. Si l'impact de ce type de programme de prévention primaire semble avoir des effets modestes sur les taux de mortalité et de morbidité de même que sur la modification des facteurs de risque, il pourrait bien en être autrement pour son efficacité à sensibiliser la population face aux MCV.

5.3.2 Acquisition des connaissances : les facteurs de risque

Les résultats de l'évaluation du programme « Vivre avec cœur » démontrent une augmentation du nombre de facteurs connus parmi les quatre facteurs de risque visés par le programme (cholestérol élevé, hypertension artérielle, tabagisme et sédentarité). Cette augmentation est particulièrement marquée au sein des personnes ayant reçu une évaluation individuelle de leur niveau de risque de MCV par la clinique de dépistage. Les probabilités d'amélioration des connaissances globales (ajustées pour l'âge, le sexe, la scolarité et l'exposition à des recommandations) et de la connaissance spécifique de la sédentarité comme l'une des causes importantes de MCV sont presque trois fois plus élevées chez les personnes ayant participé à la clinique que chez le groupe témoin. L'amélioration de la connaissance du taux de cholestérol élevé comme l'une des principales causes des MCV est deux fois plus importante dans la population expérimentale, qu'elle ait ou non participé à la clinique de dépistage. Dans l'ensemble, le programme « Vivre avec cœur » n'a pas eu d'influence sur la connaissance du tabagisme et de l'hypertension artérielle comme cause importante des MCV.

5.3.3 Acquisition des connaissances : moyens pour contrôler le cholestérol

Dans le programme « Vivre avec cœur », une plus grande amélioration de la connaissance d'un moyen pour contrôler le cholestérol sanguin a été observée dans le groupe expérimental, sans toutefois que cette différence n'ait été significative[29]. L'absence de différence significative peut s'expliquer par une proportion déjà élevée (75 %) en 1990 d'individus connaissant l'existence de moyens de contrôle du cholestérol.

5.3.4 Modification des attitudes

Le programme « Vivre avec cœur » n'a pas eu d'impact sur la croyance en la possibilité de prévenir les maladies cardiaques, probablement parce que cette croyance était déjà très répandue en 1990, soit 95 %. Par contre, pour ce qui est des AVC, le programme semble avoir eu pour effet un gain substantiel dans la croyance en la possibilité de prévention.

L'étude de Resnicow et ses collaborateurs[38] portant sur le dépistage des facteurs de risque des MCV réalisé en milieu scolaire et impliquant les parents, rapporte un changement d'attitude des parents à l'égard de la nutrition. Les parents croyaient davantage à l'importance d'acquérir des connaissances en nutrition, de manger des aliments restreints en gras et riches en fibres et de changer les habitudes alimentaires des enfants.

Simpson et collaborateurs[24] rapportent qu'à court terme, l'intention d'apporter des changements aux habitudes de vie était plus élevée après le dépistage. Le dépistage avait également suscité la réflexion sur un plan d'action pour changer les habitudes alimentaires et tabagiques. Ce dernier élément est capital dans le processus de changement, car la planification d'un changement peut être l'élément qui permettra de passer de l'intention à l'action[41].

TABLEAU 8

IMPACT DES CLINIQUES DE DÉPISTAGE MULTIFACTORIEL SUR LA SENSIBILISATION, L'ACQUISITION DES CONNAISSANCES ET SUR LA MODIFICATION DES ATTITUDES

- Les cliniques de dépistage multifactoriel semblent permettre de sensibiliser la population aux facteurs de risque des MCV, d'augmenter la connaissance des facteurs de risque associés aux MCV et de changer favorablement les attitudes à l'égard de l'alimentation et du tabagisme.

6. RECOMMANDATIONS

6.1 LA CLIENTÈLE

Assurer un suivi des personnes dépistées, celles présentant des facteurs de risque se situant dans la limite supérieure de la normale. Un appel téléphonique peut amener un client à aller consulter ou à mettre en oeuvre son plan d 'action personnel.

Continuer d'offrir des interventions en milieu de travail car elles permettent de rejoindre une clientèle (hommes, jeunes), qui autrement serait difficilement accessible.

Maximiser le nombre de personnes rejointes en milieu de travail : un professionnel de la santé rencontre l'ensemble des travailleurs pour les inviter à participer à la clinique de dépistage; **mettre l'emphase sur les bénéfices pour la santé** plutôt que sur les risques diminuant ainsi les barrières; **fixer un rendez-vous par une lettre** d'invitation au lieu de laisser l'inscription aléatoire.

Poursuivre auprès de la population, la prévention primaire. La segmentation de la clientèle pourrait être envisagée.

> *L'étude de Winkleby et ses collaborateurs[42] a démontré que la population pourrait être divisée en deux grands groupes : les plus de 55 ans et les 55 ans et moins. Le groupe des plus de 55 ans est habituellement plus à risque de MCV, se perçoit à risque de MCV et sont les plus susceptibles de répondre positivement à une intervention visant la réduction des facteurs de risque. L'objectif de la clinique de dépistage serait alors le changement de comportement. Le groupe de 55 ans et moins, toujours selon les mêmes auteurs, pourrait être divisé à nouveau en deux sous-groupes : les plus scolarisés (onze ans et plus de scolarité) et les moins scolarisés (moins de onze ans de scolarité). Les « jeunes scolarisés » connaissent habituellement bien les facteurs de risque, mais se perçoivent peu à risque de MCV. L'objectif de la clinique de dépistage pourrait en être un de sensibilisation aux facteurs de risque des MCV. Les « jeunes moins scolarisés » ont peu de connaissances des MCV et regroupe le plus de fumeurs. L'objectif de la clinique de dépistage pour ce segment de la clientèle pourrait être d'augmenter les connaissances en lien avec la SCV.*

Identifier la MRC d'origine du client dépisté pour obtenir des données significatives et ainsi, mieux connaître la clientèle.

6.2 LES FACTEURS DE RISQUE

Continuer à distinguer l'HTA diagnostiquée et l'HTA découverte au moment du dépistage. Au début des cliniques de dépistage (1997-1998 et 1998-1999), une proportion plus élevée d'hommes présentait une HTA non diagnostiquée, soit environ 20 %. En 1999-2000 et 2000-2001, cette proportion variait entre 14 % et 10 %. La proportion des femmes qui présente ce facteur de risque est sensiblement la même chaque année.

Continuer à utiliser le tour de taille comme mesure pour l'obésité car, les récentes données scientifiques démontrent que le tour de taille, indicateur de l'obésité abdominale, est un meilleur indicateur de risque de MCV[1,43,44], ce qui nous encourage à continuer d'utiliser cette méthode de mesure pour l'obésité.

Augmenter les chances de provoquer un changement **en incitant le client à formuler un plan d'action** par rapport à un changement qu'il souhaite apporter.

Suivre de près les études concernant l'hormonothérapie de substitution à la ménopause, afin de faire des recommandations adéquates aux femmes sur la prise d'hormones.

6.3 LES INTERVENANTS

Bien que nous ayons peu élaboré sur la tâche des intervenants, nous reprenons ici deux préoccupations déjà mentionnées dans le document « *Programme de santé cardiovasculaire : évaluation après cinq ans d'intervention* »

Maintenir les rencontres des intervenants en santé cardiovasculaire afin de favoriser les échanges et partager les expériences.

Recueillir les besoins de formation des intervenants régulièrement pour soutenir la qualité du counselling, la mise à jour des connaissances et la standardisation de la cueillette de données qui éventuellement pourraient être comparées.

CONCLUSION

Prévenir la maladie cardiovasculaire, c'est augmenter l'espérance de vie en bonne santé, c'est diminuer les coûts reliés aux soins de santé, c'est augmenter la force de travail des citoyens.

La prévention secondaire multifactorielle auprès des personnes présentant plusieurs facteurs de risque semble la plus efficace pour réduire la mortalité par MCV. Il serait toutefois inacceptable sur le plan éthique de cesser la prévention primaire sur l'unique base que le nombre de décès évités n'est pas statistiquement significatif. Avant de qualifier la prévention primaire comme inefficace pour diminuer la mortalité, la morbidité et les événements cardiovasculaires, des études menées à plus long terme sont nécessaires. De plus, les spécialistes sont d'avis que si l'on doit d'abord viser les personnes à risque, elle doit aussi viser l'ensemble de la population[13].

L'approche populationnelle, en visant de petits changements dans un large segment de la société, peut avoir, en raison du nombre de personnes rejointes, plus d'impact sur les taux de morbidité et de mortalité associés aux MCV que l'approche auprès des personnes à risque seulement. La prévention primaire multifactorielle auprès de la population en général accompagnée d'un counselling approprié semble prometteuse pour contribuer à améliorer non seulement la santé cardiovasculaire mais prévenir certains cancers et diminuer l'incidence du diabète en modifiant des facteurs de risque communs à ces problèmes de santé.

Dans le contexte de la mise en œuvre du Programme national de santé publique, il faudra intégrer dans le domaine d'intervention ciblant les habitudes de vie et maladies chroniques, les facteurs de risque des MCV, lesquels sont multifactoriels et communs à plusieurs autres pathologies incluses dans ce domaine.

Finalement, il nous faut garder en mémoire que l'impact d'un programme regroupe plus que les résultats de celui-ci, car il inclut l'ensemble des changements liés ou non aux objectifs explicites du programme tant sur la population visée que sur la population entière.

ANNEXE 1

Questionnaire d'évaluation des facteurs de risque

MES FACTEURS DE RISQUE DE MALADIES CARDIOVASCULAIRES

NOM_____ **Date de naissance**_____

Date : 20 / /

JE COCHE ICI SI :

J'ai déjà présenté un trouble cardiovasculaire (angine, infarctus, dilatation, pontage, ischémie cérébrale, accident vasculaire cérébral, insuffisance artérielle) ..... ☐

Je suis diabétique ..... ☐

MON ÂGE _____ ANS

Je suis une **FEMME** de 55 ans et plus ..... Inscrivez 1 _____ ♥

Je suis une **FEMME** de moins de 55 ans, ménopausée et ne prend pas d'hormones... ..... Inscrivez 1 _____ ♥

Je suis un **HOMME** de 45 ans et plus ..... Inscrivez 1 _____ ♥

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MALADIES CARDIOVASCULAIRES
(PARALYSIE, ANGINE, INFARCTUS, PONTAGE) :

Chez père ou frère de moins de 55 ans **ET/OU**
Chez mère ou sœur de moins de 65 ans ..... Inscrivez 1 _____ ♥

TABAGISME :

Je **FUME** à tous les jours (cigarette, cigare ou pipe) ..... Inscrivez 1 _____ ♥

HYPERTENSION :

TA mesurée sur place à : _____ / _____
Hypertension artérielle diagnostiquée ou traitée ..... Inscrivez 1 _____ ♥

ACTIVITÉ PHYSIQUE :

☐ **COCHEZ SI**
Au moins **4 jours**/semaine vous faites un minimum
cumulatif par jour de 30 minutes d'activité physique modérée

SI NON Inscrivez 1 _____ ♥

OBÉSITÉ ABDOMINALE :

Mesure sur place du tour de taille :_____
JE SUIS MÉNOPAUSÉE et mon tour de taille
est plus grand que **34 POUCES (85 cm)** ..... Inscrivez 1 _____ ♥

J'AI MOINS DE 40 ANS et mon tour de taille
est plus grand que **40 POUCES (100 cm)** ..... Inscrivez 1 _____ ♥

cérébrale, accident vasculaire cérébral, insuffisance artérielle) ..... ☐

Je suis diabétique ..... ☐

MON ÂGE _____ ANS

Je suis une **FEMME** de 55 ans et plus ..... Inscrivez 1 _____♥

Je suis une **FEMME** de moins de 55 ans, ménopausée et ne prend pas d'hormones... ..... Inscrivez 1 _____♥

Je suis un **HOMME** de 45 ans et plus ..... Inscrivez 1 _____♥

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MALADIES CARDIOVASCULAIRES
(PARALYSIE, ANGINE, INFARCTUS, PONTAGE) :

Chez père ou frère de moins de 55 ans **ET/OU**
Chez mère ou sœur de moins de 65 ans ..... Inscrivez 1 _____♥

TABAGISME :

Je **FUME** à tous les jours (cigarette, cigare ou pipe) ..... Inscrivez 1 _____♥

HYPERTENSION :

TA mesurée sur place à : _____ / _____
Hypertension artérielle diagnostiquée ou traitée ..... Inscrivez 1 _____♥

ACTIVITÉ PHYSIQUE :

☐ **COCHEZ SI**
Au moins **4 jours**/semaine vous faites un minimum
cumulatif par jour de 30 minutes d'activité physique modérée

SI NON Inscrivez 1 _____♥

OBÉSITÉ ABDOMINALE :

Mesure sur place du tour de taille :_____

JE SUIS MÉNOPAUSÉE et mon tour de taille
est plus grand que **34 POUCES (85 cm)** ..... Inscrivez 1 _____♥

J'AI MOINS DE 40 ANS et mon tour de taille
est plus grand que **40 POUCES (100 cm)** ..... Inscrivez 1 _____♥

J'AI PLUS DE 40 ANS et mon tour de taille
est plus grand que **36 POUCES (90 cm)** ..... Inscrivez 1 _____♥

GRAND TOTAL : _____♥

Voir verso pour le test de dépistage des risques du diabète.

NOTE : L'hypertrophie ventriculaire ♥ et un faible taux de HDL-cholestérol ♥ sont des facteurs de risque que nous ne mesurons pas ici.

Document réalisé au CLSC Paul-Gilbert, 2001
Facteurs risque mal.cardio. et diabète.doc

TEST DE DÉPISTAGE DES RISQUES DE DIABÈTE

Vous êtes particulièrement concerné si vous êtes membre d'une population à haut risque de diabète : autochtone, polynésienne ou de descendance africaine, asiatique ou hispanique.

Ce test permet de connaître votre risque d'être diabétique

Si vous répondez **oui** aux affirmations suivantes, inscrivez dans la case le **chiffre qui apparaît à coté**. Si l'affirmation n'est **pas vraie**, inscrivez **0**

Je suis une femme qui a accouché d'un bébé pesant plus de 9 livres (4.4 kg) à la naissance	1	
J'ai une sœur ou un frère qui est diabétique	1	
Mon père ou ma mère est diabétique	1	
Mon poids est égal ou supérieur à celui affiché dans le tableau I	5	
J'ai moins de 65 ans et je ne fais pas ou très peu d'exercice	5	
J'ai entre 45 et 64 ans	5	
J'ai 65 ans ou plus	9	
TOTAL		

Tableau d'interprétation :
(Ce test a été validé auprès de nord-américain(e)s de 20 ans et plus)

Total de 10 et plus
Votre risque de diabète est élevé. Votre médecin peut vérifier si vous êtes diabétique. Prenez donc rendez-vous avec lui afin qu'il procède à des tests diagnostiques.

Total entre 3 et 9
Votre risque actuel de diabète est probablement peu élevé. Cela ne vous met pas à l'abri définitivement. Vous pouvez maintenir ce risque bas en réduisant votre poids si vous êtes en surpoids, en étant actif le plus souvent possible, en consommant une nourriture faible en gras avec beaucoup de fruits, de légumes, et d'aliments à grains entiers.

TABLEAU I : IMC ≥ 27

TAILLE Sans souliers	POIDS En livres	TAILLE Sans souliers	POIDS En livres	TAILLE Sans souliers	POIDS En livres
4'10"	129	5'4"	157	5'10"	188

Si vous répondez **oui** aux affirmations suivantes, inscrivez dans la case le **chiffre qui apparaît à coté**. Si l'affirmation n'est **pas vraie**, inscrivez **0**

Je suis une femme qui a accouché d'un bébé pesant plus de 9 livres (4.4 kg) à la naissance	1	
J'ai une sœur ou un frère qui est diabétique	1	
Mon père ou ma mère est diabétique	1	
Mon poids est égal ou supérieur à celui affiché dans le tableau I	5	
J'ai moins de 65 ans et je ne fais pas ou très peu d'exercice	5	
J'ai entre 45 et 64 ans	5	
J'ai 65 ans ou plus	9	
	TOTAL	

Tableau d'interprétation :
(Ce test a été validé auprès de nord-américain(e)s de 20 ans et plus)

Total de 10 et plus
Votre risque de diabète est élevé. Votre médecin peut vérifier si vous êtes diabétique. Prenez donc rendez-vous avec lui afin qu'il procède à des tests diagnostiques.

Total entre 3 et 9
Votre risque actuel de diabète est probablement peu élevé. Cela ne vous met pas à l'abri définitivement. Vous pouvez maintenir ce risque bas en réduisant votre poids si vous êtes en surpoids, en étant actif le plus souvent possible, en consommant une nourriture faible en gras avec beaucoup de fruits, de légumes, et d'aliments à grains entiers.

TABLEAU I : IMC ≥ 27

TAILLE Sans souliers	POIDS En livres	TAILLE Sans souliers	POIDS En livres	TAILLE Sans souliers	POIDS En livres
4'10"	129	5'4"	157	5'10"	188
4'11"	133	5'5"	162	5'11"	193
5'0"	138	5'6"	167	6'0"	199
5'1"	143	5'7"	172	6'1"	204
5'2"	147	5'8"	177	6'2"	210
5'3"	152	5'9"	182	6'3"	216
				6'4"	221

Adaptation de « American Diabetes Association's diabetes risk test » Diabetes Care. Vol 23 supplement 1.
CLSC DESJARDINS, cpouliot avril 2000

ANNEXE 2

Grille de compilation des facteurs de risque MCV

FEUILLE DE COMPILATION SCV

NOM DU CLSC : _____ **INTERVENANT :** _____

ACTIVITÉ / DATE : _____ **MUNICIPALITÉ :** _____

2001/04

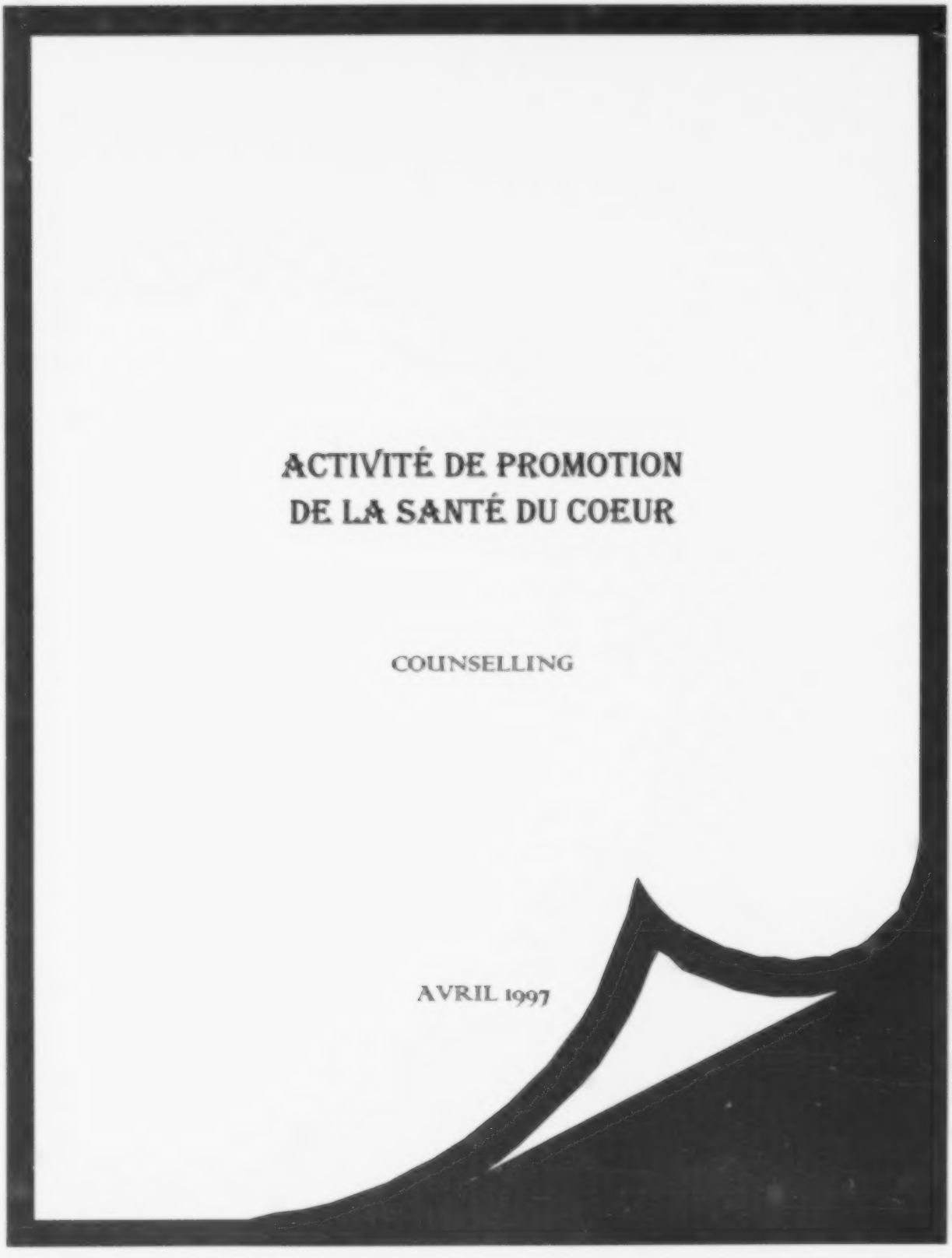
IDENTIFICATION		PROFIL						FACTEURS DE RISQUE MODIFIABLES								SUIVI			
1	2	3		4			5	6	7	8			10	11	12	13			
Nom, prénom, adresse, tél.	N° intrant	Sexe		Date de naissance			Hérédité père/frère mère/sœur	HTA	T.A.≥ 140/90	Tabac	Diabète	Présence MCV	Ménopause /hormones	Obésité tour de taille	Sédentarité	Relance par CLSC	Référence : au médecin si 3 facteurs		Remesure de la T.A
		H	F	An	Ms	Jr					9A	9B					14A	14B	15

ANNEXE 3

Outils pour le counselling personnalisé

ACTIVITÉ DE PROMOTION DE LA SANTÉ DU COEUR

COUNSELLING



AVRIL 1997

ACTIVITÉ DE PROMOTION DE LA SANTÉ DU COEUR

Counselling

La tâche principale de l'intervenant au counselling est d'informer le participant de sa situation et de l'aider ou de le supporter dans l'adoption de saines habitudes de vie, afin de diminuer son niveau de risque.

En raison du temps très limité dont vous disposez pour faire le counselling, nous avons élaboré le texte qui suit afin de faire ressortir les principaux messages.

Il est bon de rappeler que les principaux éléments nécessaires au counselling ont été tirés du feuillet « Avez-vous bon coeur ». Ce qui donnera une teinte particulière au counselling, ce sera la personnalité de chaque intervenant, sa façon d'aborder le participant, de lui transmettre l'information et sa capacité à favoriser et soutenir le participant dans sa démarche de modifications de ses habitudes de vie.

1. **Informer le participant**

   - que les maladies cardiovasculaires sont dues à des facteurs de risque dont certains sont modifiables;
   - que son niveau de risque est de _____ et qu'il est dû à la somme des facteurs non modifiables et modifiables;
   - de sa situation face à chacun des facteurs modifiables et des conseils correspondants;
   - des choix qu'il a à faire pour modifier le ou les facteurs de risque identifié(s).

2. **Discuter avec le participant de ce qu'il compte faire pour modifier le(s) facteurs de risque et du support dont il a besoin.**

Source : Le document est une adaptation des outils créés par le Centre de santé publique de Québec.

CONSEILS SPÉCIFIQUES SUR CHACUN DES FACTEURS DE RISQUE MODIFIABLES DE MALADIES CARDIOVASCULAIRES

LA MÉNOPAUSE

Le traitement à l'œstrogène (comprimés ou patch) réduit la fréquence des troubles cardiaques et les décès à la suite d'une maladie cardiovasculaire. Il augmente de 15 % le bon cholestérol (HDL) et diminue le mauvais (LDL) de 15 %. La prise d'hormones est une décision que vous prendrez avec votre médecin, en tenant compte de votre santé, de votre mode de vie et de vos antécédents familiaux.

LE TABAC

Le participant fume

Ne pas trop insister, vous pouvez lui dire «Cesser de fumer est toujours une décision avantageuse» et «Si vous essayez souvent, vous finirez par réussir une fois pour toutes». #Savez-vous que plus les gens font des tentatives d'arrêt, plus ils se rapprochent du succès définitif :

- 2 fumeurs sur 10 cessent définitivement après la première tentative;
- 5 fumeurs sur 10 après la sixième;
- et pratiquement tous les fumeurs ont cessé après la douzième.

«Il n'existe pas de formule magique... aucune méthode ne fonctionnera tant que vous n'aurez pas vraiment décidé d'arrêter...».

- Quelles sont les raisons qui vous inciteraient à cesser de fumer?
- Avez-vous déjà essayer d'arrêter?
- Quelle situation a fait que vous avez recommencé?

Si vous avez besoin d'aide, vous pouvez vous adresser à votre CLSC ou un professionnel de la santé.

Pour **une femme qui fume et qui prend des contraceptifs oraux**, «La combinaison pilule anticonceptionnelle-cigarette augmente le risque de façon importante». Ce risque est encore plus grand chez les femmes de plus de 35 ans.

LA TENSION ARTÉRIELLE

«Votre tension artérielle aujourd'hui est à _____ mmHg. Une tension artérielle normale est une tension inférieure à 140/90. Votre tension est donc **normale, légèrement élevée ou élevée**».

1. **Le participant a une tension artérielle égale ou supérieure à 140/90** (elle est donc : limite, légèrement élevée ou élevée).

   Mentionner «qu'il **est nécessaire d'effectuer au moins trois mesures à des moments différents** avant de poser un diagnostic d'hypertension et qu'il faudra donc recontrôler la pression».

   Les recommandations sont différentes selon que le participant n'a pas d'histoire antérieure d'hypertension artérielle ou selon qu'il est connu et/ou traité pour HTA.

   Vous pouvez avoir **un meilleur contrôle** de votre tension artérielle :

   - en maintenant un poids santé;
   - en évitant les excès d'alcool;
   - en limitant votre consommation de sel et d'aliments riches en sel;
   - en ne fumant pas;
   - en étant actif;
   - en apprenant à vous détendre.

2. **Le participant a une tension artérielle normale**

   Rappeler **l'importance de prendre sa médication régulièrement (s'il y a lieu) et de suivre les conseils** pour favoriser une tension artérielle normale.

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Le participant est moyennement actif, peu actif ou inactif

L'objectif à atteindre : «Accumulez au moins 30 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée, 4 fois par semaine ou plus». **Il n'est pas nécessaire que cette activité soit pratiquée de façon continue** et la marche constitue une excellente activité. Mentionner au participant l'importance de choisir une activité qui lui plaît et que ces activités, au cours d'une même semaine peuvent être variées.

Expliquer au participant les **bienfaits de l'activité physique sur les facteurs suivants:**

- l'hypertension
- le diabète
- le cholestérol-HDL
- l'obésité

«**Si votre test révèle un niveau élevé ou très élevé**, consultez votre médecin avant d'entreprendre un programme d'activité physique».

LE DIABÈTE

La mesure du taux de sucre dans le sang se fait après un jeûne de 4 heures. Cette mesure ne peut donc être effectuée dans le cadre d'une activité de dépistage, à moins d'arrangements particuliers.

Si le participant n'est pas reconnu diabétique, mais qu'il a des antécédents familiaux de diabète ou des symptômes, lui conseiller de voir son médecin pour un contrôle de son taux de sucre.

Le participant est connu diabétique

Vous pouvez favoriser **un meilleur contrôle** du diabète :

- en optant pour **une alimentation équilibrée** et adaptée à vos besoins;
- en perdant du poids si vous êtes au-dessus de votre poids-santé. **Une perte de 10 à 15 livres** peut être suffisante pour observer un meilleur contrôle;
- en étant **actif physiquement**.

S'il **prend des médicaments :** vous pouvez lui conseiller de bien suivre la prescription.

LE CHOLESTÉROL-HDL (le bon transporteur de cholestérol)

1. **Le participant connaît sa valeur de cholestérol-HDL**

   Mentionner au participant que **la valeur de cholestérol-HDL normal est au-dessus ou égale à 0.9 mmol/L** et qu'un taux de 1.6 mmol/L est un facteur de protection et annule un facteur de risque.

   La consommation d'antioxydants tels : les légumes verts, orange et rouges, les fruits orangés et le vin rouge (1 verre par jour) ont un rôle de protection au niveau des artères.

2. **Suggérer un bilan lipidique**

   - aux hommes de 45 ans et plus et aux femmes ménopausées qui n'ont pas eu ce bilan depuis 5 ans;
   - au participant qui a 3 facteurs de risque et plus.

   N.B. Pour plus de détails sur le bon et le mauvais transporteur de cholestérol, vous pouvez conseiller au participant de lire la page 1 du feuillet sur « Le cholestérol TROP, C'EST TROP! »

OBÉSITÉ

Un surplus de poids peut contribuer à augmenter la tension artérielle, le niveau de cholestérol sanguin et le risque de diabète en plus de demander un effort additionnel au coeur.

Les **risques sont plus élevés si le surplus de poids se situe à la taille** plutôt qu'au niveau des hanches et des cuisses. Optez pour un style de vie **plus actif, un menu équilibré et de bonnes habitudes alimentaires.**

COUNSELLING - VERBATIM

1 2 3 4

NIVEAU DE RISQUE : TRÈS ÉLEVÉ ÉLEVÉ

- Réviser chaque facteur de risque, afin de vous assurer que le participant a bien compris et répondu aux questions.
- Encourager le participant pour les efforts qu'il a fait déjà!... très important!...
- Encercler sur la feuille d'évaluation des facteurs de risque, la catégorie de risque du participant selon ses résultats.
- Est-ce que ça vous surprend?... écoutez la réponse!...
- Vous pouvez améliorer vos résultats en modifiant certaines habitudes de vie.
- Est-ce que vous souhaitez vous retrouver dans le niveau de risque MODÉRÉ et idéalement dans les risques FAIBLES?

MODÉRÉ

- Encercler la catégorie de risque.
- Vous pouvez améliorer vos résultats en modifiant certaines de vos habitudes de vie.
- Est-ce que vous souhaitez vous retrouver dans le niveau de risque FAIBLE?
- Est-ce que vous voulez faire quelque chose pour y arriver?

FAIBLE

- Encercler la catégorie de risque.
- Félicitez le participant et voyez avec lui comment il pourrait conserver cette qualité de vie, toute sa vie.

- Mentionner au participant « Vous avez un total de _____facteurs, dont _____ viennent des facteurs modifiables. Facteurs sur lesquels il a du contrôle.
- Voir avec le participant comment se répartit le nombre de facteurs modifiables par rapport au nombre de facteurs non modifiables. Exemple : les facteurs modifiables qui vous concernent sont : _____. Les nommer et donner les informations en rapport avec chacun de ces facteurs de risque. Les **informations spécifiques** se retrouvent à la fin du présent document.
- Démontrer l'impact d'une nouvelle habitude sur le niveau de risque. Ex. : Vous fumez 30 cigarettes par jour. Si vous cessez de fumer, votre résultat total passera de __ à _____ce qui amènera votre risque à _____ modéré ou faible. Faire une démonstration semblable pour les autres facteurs.

- Inciter le participant à **prendre le contrôle** sur ce ou ces facteurs et à effectuer des changements dans ses habitudes.
- Si le participant a moins de 40 ans au moment de l'évaluation et qu'il a un niveau de risque faible, s'il conserve ce facteur, l'âge augmentera inévitablement le résultat global et l'hérédité viendra s'y greffer dans bon nombre de cas.

Terminer le counselling selon le niveau de risque :

- **Éviter de faire paniquer** le participant. Le rassurer à l'effet qu'il ne fera pas d'infarctus demain. Le motiver à prendre rendez-vous avec son médecin ou un médecin de son choix s'il y a lieu.
- Est-ce **un problème pour vous** d'avoir un ou des risques de maladies cardiovasculaires?
  Si oui, en quoi? Si non, pourquoi?
- Qu'est-ce que **vous pourriez faire** face à ce problème?
  - les bénéfices que vous y voyez
  - les difficultés qui sont appréhendées
- Introduire et compléter **la fiche personnelle** avec le client et son projet de santé.
- Remettre **la lettre de référence** pour son médecin traitant.

FICHE D'INSCRIPTION

ACTIVITÉ DE PROMOTION
DE LA SANTÉ DU COEUR

Lieu : _____

Date : _____

BLOC 1	**13 h 30 à 15 h 30**	
Nom	**Prénom**	**Téléphone**
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		
6)		
7)		
8)		
9)		
10)		

BLOC 2	**19 h à 21 h**	
Nom	**Prénom**	**Téléphone**
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		
6)		
7)		
8)		
9)		
10)		

Note : Inviter les gens qui connaissent leur taux de cholestérol-HDL à apporter leur résultat.

ANNEXE 4

Rapport à l'entreprise

ACTIVITÉ DE PROMOTION DE LA SANTÉ DU COEUR
«METS DU COEUR À TA SANTÉ»

RÉALISÉ À

LE

PAR
CLSC

EN COLLABORATION AVEC:
organisme / entreprise
et les bénévoles ou équipe santé au travail

RÉSUME

L'activité de sensibilisation aux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires réalisée à _____fait partie du programme régional de santé cardiovasculaire du CLSC_____ .

Soucieux de conscientiser le personnel de votre entreprise, une activité de sensibilisation aux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires a été organisée le _____.

_____personnes ont participé à l'activité sur une possibilité de _____personnes au sein de votre _____entreprise ou organisme ou direction ou association.

L'âge moyen des participants était de __ ans. La répartition des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires évalués lors de la présente intervention était la suivante :

_____% étaient fumeurs
_____% avaient une tension artérielle supérieure à la normale
_____% étaient peu ou pas actifs
_____% présentaient un excès de poids
_____% des participants avaient au moins un facteur de risque de MCV

Lors de l'activité, les participants étaient invités à réfléchir sur leur projet de santé suite à la connaissance de leur niveau de risque de MCV. Les éléments sur lesquels les participants désirent travailler sont:

_____% sur leur tabagisme
_____% sur leur sédentarité
_____% sur leur alimentation
_____% sur un meilleur contrôle de leur tension artérielle
_____% des participants ont un projet de santé personnel

Ces résultats sont très intéressants puisqu'ils viennent confirmer que la population à risque de MCV a bien été rejointe et que ces participants ont décidé de s'impliquer personnellement pour gérer ce qui leur cause problème. Ces résultats peuvent également être générateurs de projets ***propres à votre entreprise*** pour la promotion de la santé cardiovasculaire de votre personnel.

REMERCIEMENTS

La réalisation de cette activité de promotion de la santé du coeur a été rendue possible grâce à la collaboration des différents services contactés et particulièrement grâce à l'implication des personnes suivantes que nous remercions chaleureusement:

RESPONSABLES :

ACCUEIL : _____

NOM : _____

ORGANISME : _____

COMMUNICATION : _____

INSCRIPTION : _____

PERSONNES-RESSOURCES :

INFIRMIÈRE(S) : _____

MÉDECIN : _____

DIÉTÉTISTE : _____

AUTRES (spécifier) _____

1. INTRODUCTION

Dans le cadre du programme régional en santé cardiovasculaire, le CLSC_____ _____a pris la décision d'offrir aux entreprises et à la communauté de son territoire, la possibilité de réaliser des activités visant l'amélioration de la santé du coeur et de la qualité de vie.

2. IMPLANTATION

En _____, nous avons proposé à votre entreprise une activité de sensibilisation et de dépistage des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires. Le projet ayant été accepté en_____,un comité de promotion de la santé cardiovasculaire à été formé.

Le comité s'est réuni à _reprises pour la préparation de l'activité de sensibilisation qui est la première étape de la promotion de la santé du coeur.

3. OBJECTIFS DE L'ACTIVITÉ

- Faire connaître aux gens de 35-64 ans, l'ampleur des problèmes causés par les maladies cardiovasculaires au Québec;
- Faire connaître les causes des maladies cardiovasculaires;
- Évaluer le niveau de risque de développer des maladies cardiovasculaires chez les gens de 35-64 ans de votre entreprise;
- Partager avec les participants les moyens réalisables à prendre pour réduire les risques de développer une maladie cardiovasculaire;
- Tracer le portrait de la SCV de l'entreprise.

4. DÉROULEMENT DE L'ACTIVITÉ

L'activité de sensibilisation est sous la responsabilité des intervenants du CLSC supportés par le comité de l'entreprise pour la communication, la mobilisation du personnel et la réalisation de l'activité.

L'activité se déroule en cinq étapes soit: l'accueil, la sensibilisation, l'évaluation/counselling, (chaque client reçoit un counselling individuel adapté à ses résultats) la pause-santé et la mobilisation (le comité de l'entreprise discute avec les participants pour les amener à réfléchir à un plan de santé individuel ou collectif).

L'activité dans votre entreprise s'est déroulée le_____.

_____ travailleurs sur _____ont été évalués soit _____%.

L'âge varie entre _____et _____ans pour une moyenne de_____ ans.

_____% des travailleurs rencontrés étaient de sexe masculin.

TABLEAUX ET RÉSULTATS

RÉSULTATS PAR FACTEURS DE RISQUE

Tabagisme _____

Sédentarité _____

Tension artérielle ≥140/90 _____

Obésité abdominale _____

Diabète _____

Au moins un facteur de risque _____

(Insérer ici les autres tableaux ou figures des résultats suite à la clinique de dépistage des facteurs de risque, selon le sexe, selon l'âge et selon les facteurs de risque).

5.-ÉVALUATION DE L'ACTIVITÉ

Organisation de l'activité :

Cette partie se fait à partir de la feuille SCV activités. On compile les résultats individuels et les commentaires et/ou on regroupe l'ensemble des commentaires. Comme certains participants ne répondent pas à l'évaluation le regroupement des réponses est suggéré.

RÉSULTATS

Fonctionnement général :

_____% satisfait

_____% moyennement satisfait

_____% insatisfait

Section individuel :

_____% satisfait

_____% moyennement satisfait

_____% insatisfait

Section en groupe :

_____% satisfait

_____% moyennement satisfait

_____% insatisfait

Durée de l'activité :

_____% satisfait

_____% moyennement satisfait

_____% insatisfait

Suggestions pour l'amélioration de l'activité :

_____

_____

_____

_____

CONCLUSION

1er paragraphe:

Remise en situation : contexte, résultats, plan de santé des employés

2e paragraphe : (exemple)

Compte tenu des résultats et de la volonté des participants d'agir, il serait intéressant de poursuivre à votre rythme le programme sur la santé du coeur déjà amorcé tout en tenant compte des ressources disponibles dans votre milieu.

3e paragraphe:

Écrire ici des éléments qui ressortent de votre analyse.

Fin suggérée :

Il vous appartient d'en déterminer la faisabilité et soyez assuré que votre rythme et votre façon d'intervenir seront respectés par le CLSC afin d'assurer un impact à long terme sur la santé cardiovasculaire de votre personnel.

ANNEXE 5

La mesure de la tension artérielle

COMMENT MESURER LA TENSION ARTÉRIELLE

- Utiliser un sphygmomanomètre à mercure et poser la colonne de mercure à hauteur des yeux.
- Choisir un manchon de taille appropriée (largeur approximative : 40 % de la circonférence du bras).
- Placer le bord inférieur du manchon à 3 cm au-dessus du pli du coude, le ballon centré sur l'artère brachiale : le patient doit prendre une position confortable, le bras découvert et bien supporté.
- Le fait de parler ou de croiser les jambes pendant la mesure de la tension artérielle peut entraîner une augmentation de celle-ci.
- Faire monter rapidement la tension artérielle à 30mm Hg au-dessus du niveau de disparition du pouls radial (pour exclure la possibilité d'un trou auscultatoire).
- Placer le stéthoscope (à cloche de préférence) délicatement mais fermement sur l'artère brachiale.
- Ouvrir la valve d'évaluation de sorte que, à peu près aux niveaux systolique et diastolique, le rythme de diminution soit de 2mm Hg par battement cardiaque.
- Noter le niveau systolique à 2mm Hg au-dessus du point de perception claire d'un bruit de battement (phase 1 de Korotkoff) et le niveau diastolique à 2mm Hg au-dessus du point d'extinction du bruit (phase V de Korotkoff). Noter quel bras a été ausculté, la posture du patient (en supination, assis ou debout) et la taille du manchon utilisé.
- Si le bruit persiste aux environs de 0mm Hg, utiliser le point d'assourdissement du bruit (phase IV de Korotkoff) pour indiquer la tension artérielle diastolique.
- En présence d'arythmie, prendre des mesures supplémentaires afin d'évaluer les tensions artérielles systolique et diastolique moyennes. Ne pas tenir compte des autres bruits au moment de mesurer la tension artérielle. Enregistrer le rythme cardiaque et la vitesse du pouls.
- Pour éviter une congestion veineuse, ne pas laisser le manchon partiellement gonflé trop longtemps et compter au moins 1 minute d'intervalle entre les mesures. Si les bruits sont difficilement audibles au début, les veines peuvent être vidées et le son amplifié en tenant le bras du patient élevé au-dessus de sa tête, le manchon dégonflé; forcer alors la circulation du sang vers l'appareil et gonfler le manchon en tenant toujours élevé le bras du patient. Rabaisser ensuite le bras rapidement à sa position normale et prendre la mesure.
- Comparer les mesures faites pour les deux bras, puis ausculter le bras présentant la tension artérielle la plus élevée dans les mesures subséquentes.

Source : Société canadienne de l'hypertension 1993, Consensus canadien sur le traitement de l'hypertension artérielle, résumé des recommandations de 1984-1992.

SYNTHÈSE DES MÉTHODES DE DÉPISTAGE ET CONFIRMATION (RE-MESURE)

Méthode de dépistage*

1. Si T.A. ≥ 140/90 : T.A. reprise à l'autre bras.

2. En fin d'entrevue, T.A. reprise au bras où la valeur est la plus élevée.

3. Si deux (2) tensions sur trois (3) sont supérieures ou égales à 140/90, référer le client soit au programme, soit à son médecin traitant pour re-mesure de T.A.

Méthodes de confirmation (3 re-mesures)*

1. Une prise de T.A. avec le client en position assise, si la valeur obtenue est ≥ 140/90, attendre 15 minutes et reprendre la T.A. au même bras, le client toujours en position assise.

2. Lorsque les T.A. de re-mesure sont terminées, référer le client à son médecin traitant pour diagnostic. Lui remettre la lettre de référence et/ou une photocopie de la feuille de re-mesure.

---

* Pour le dépistage et la re-mesure de la tension artérielle, les prises de tension sont faites selon la technique standardisée recommandée par le Consensus canadien sur le traitement de l'hypertension artérielle (résumé des recommandations 1984-1992).

PROCÉDURE POUR PRISE DE TENSION ARTÉRIELLE

Dépistage (systématique de tout client au CLSC) :

- Prise de T.A. de toute la clientèle se présentant au CLSC pour rencontrer une infirmière ou médecin en non-urgence;
- Inscrire le résultat sur feuille de triage ou note d'évolution;
- Si T.A.< 140/90, donner résultat au client en expliquant pourquoi nous prenons la T.A. et ce que le résultat signifie (systolique/diastolique);
- Si T.A. ≥ 140/90, suivre méthode (voir feuille de méthode);
- Inscrire résultats sur feuille de triage ou note d'évolution;
- Informer le client des résultats des prises de T.A. et expliquer au client qu'il doit faire reprendre sa T.A. en lui remettant la lettre;
- Noter sur aide-mémoire quand le client doit revenir;
- Compléter la feuille de re-mesure.

Re-mesure :

- Prise de T.A. selon la méthode;
- Lorsque les prises de T.A. de re-mesure sont terminées, compléter la lettre de référence et la remettre au client;
- S'il y a des facteurs de risque ou habitudes de vie à améliorer, identifiés pendant les rencontres de re-mesure, utiliser le Verbatim pour aider le client à amorcer une réflexion sur ses habitudes de vie et facteurs de risque.

Vous pouvez aussi :

- Vérifier la chemise de re-mesure aux 15 jours afin d'identifier les clients qui ne se sont pas présentés à la re-mesure et les rappeler;
- Un mois après la référence, rappeler les clients référés à leur médecin afin de les encourager à voir le médecin, si ce n'est pas fait ou répondre à leurs questions si le médecin a été vu.

Au client,

Vous avez participé récemment à une activité de dépistage dans le cadre du programme de santé cardiovasculaire ***« METS DU COEUR À TA SANTÉ »*** de notre établissement.

Le _____ votre tension artérielle atteignait : _____ .

Vous pouvez faire recontrôler votre tension artérielle auprès de votre CLSC, de votre pharmacien ou de votre médecin.

Nous vous encourageons à procéder à ces trois (3) re-mesures pour confirmer ou non un diagnostic d'hypertension artérielle. Nous vous remercions de collaborer avec nous à votre santé cardiovasculaire.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

_____
Responsable du dépistage

TABLEAU DE RE-MESURE		
Date	**T.A.**	**Prise par :**

Au médecin traitant

Sujet : dépistage de tension artérielle.

Cher-ère collègue,

Madame ou Monsieur _____ que nous vous référons aujourd'hui fut examiné-e récemment lors d'un dépistage dans le cadre du programme de santé cardiovasculaire ***« METS DU COEUR À TA SANTÉ »*** de notre établissement.

Sa tension artérielle atteignait à ce moment :

Date : _____

Bras gauche : _____
Bras droit : _____
3e prise bras _____T.A. :_____

Madame ou Monsieur, appartient au groupe de personnes qui sont susceptibles d'être atteintes d'hypertension et qui l'ignorent.

Nous vous laissons le soin de lui fournir les conseils et le suivi que vous jugerez nécessaires.

Vous remerciant de la collaboration que vous apporterez à nos efforts pour la prévention des maladies cardiovasculaires, je vous prie d'agréer l'expression de mes salutations distinguées.

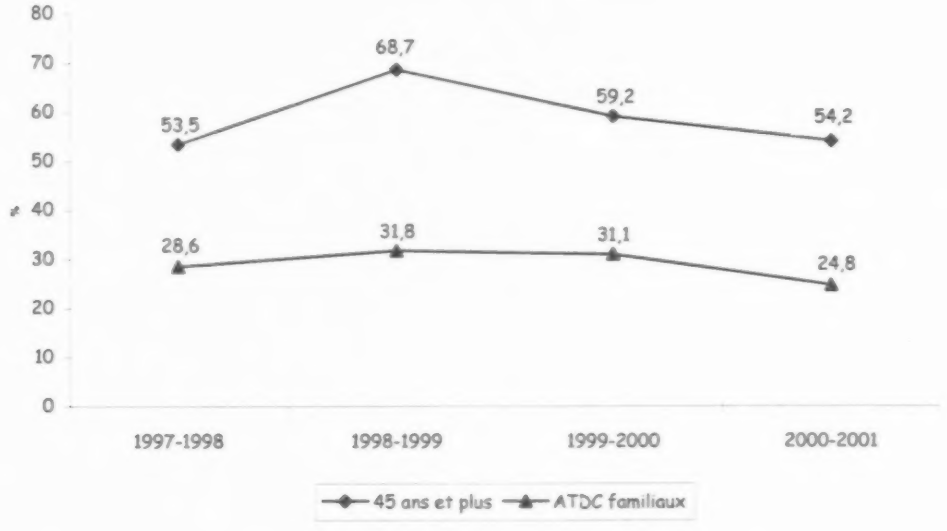
_____
Responsable du dépistage

ANNEXE 6

Prévalence des facteurs de risque non-modifiables, modifiables et de trois facteurs et plus chez les hommes et les femmes de 35-64 ans

FIGURE 6

Prévalence (%) des facteurs de risque non-modifiables
Hommes, 35-64 ans, 1997-1998 à 2000-2001.

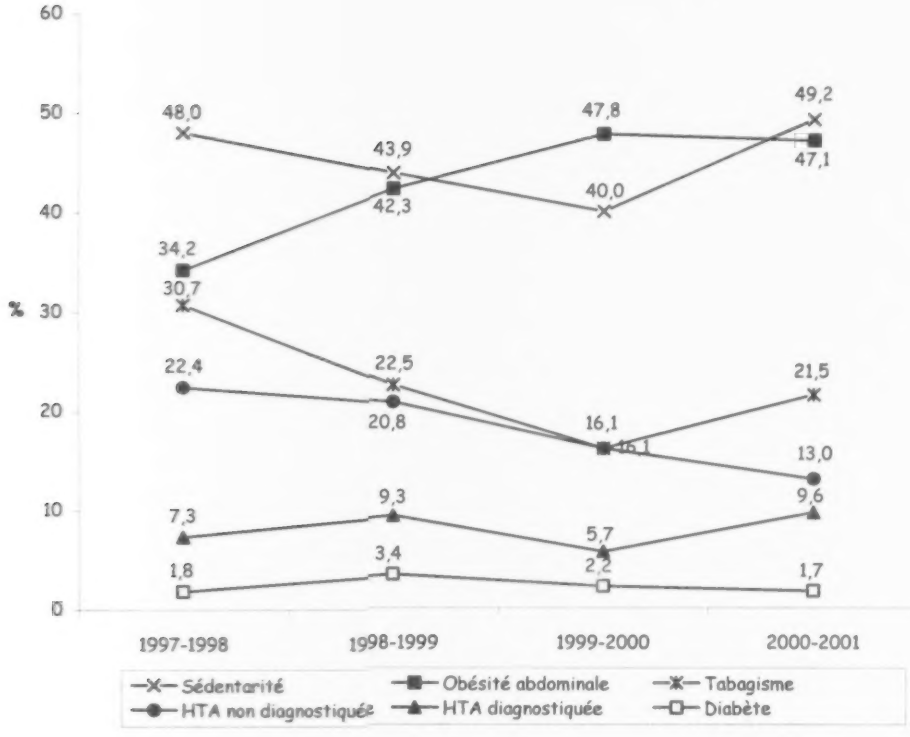


Source: Surveillance santé cardiovasculaire, 1997-1998 à 2000-2001.
Production : RRSSS Chaudière-Appalaches, DSPPE, 2002.

- En 1998-99, il y a eu une plus grande proportion d'hommes dépistés ayant 45 ans et plus.
- La proportion d'hommes dépistés ayant le facteur de risque antécédents familiaux est demeurée stable d'une année à l'autre.

FIGURE 7

Prévalence (%) des facteurs de risque modifiables
Hommes, 35-64 ans, 1997-1998 à 2000-2001

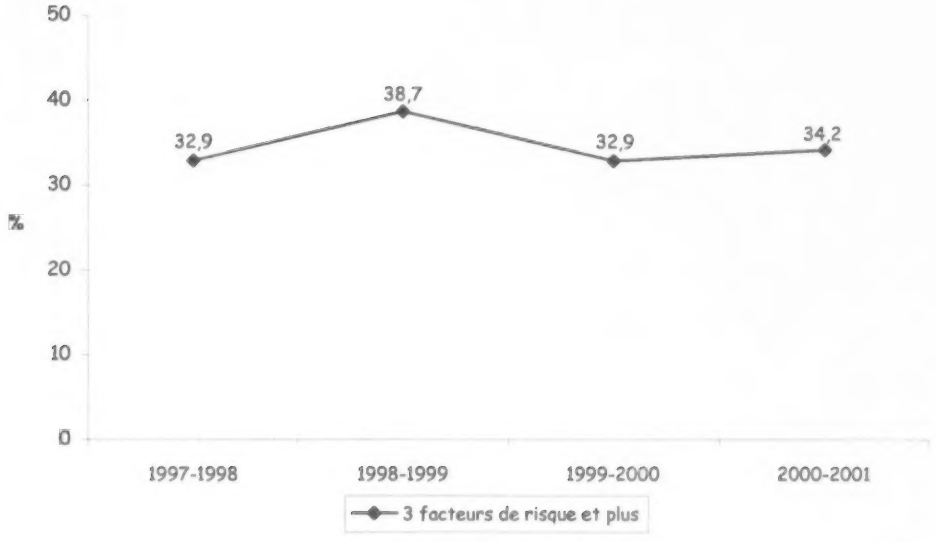


Source: Surveillance santé cardiovasculaire, 1997-1998 à 2000-2001.
Production : RRSSS Chaudière-Appalaches, DSPPE, 2002.

- La proportion des hommes dépistés ayant le facteur de risque sédentarité, hypertension diagnostiquée ou diabète est demeurée stable.
- Au cours des trois dernières années, la proportion des hommes dépistés ayant le facteur de risque obésité abdominale est plus élevée qu'en 1997-1998.
- Au cours des trois dernières années, la proportion des hommes dépistés ayant le facteur de risque tabagisme est moins élevée qu'en 1997-1998.
- En 2000-2001, la proportion des hommes dépistés ayant le facteur de risque HTA non-diagnostiquée est plus élevée qu'en 1998-1999 et 1999-2000.

FIGURE 8

Prévalence (%) de trois facteurs de risque et plus
Hommes, 35-64 ans, 1997-1998 à 2000-2001

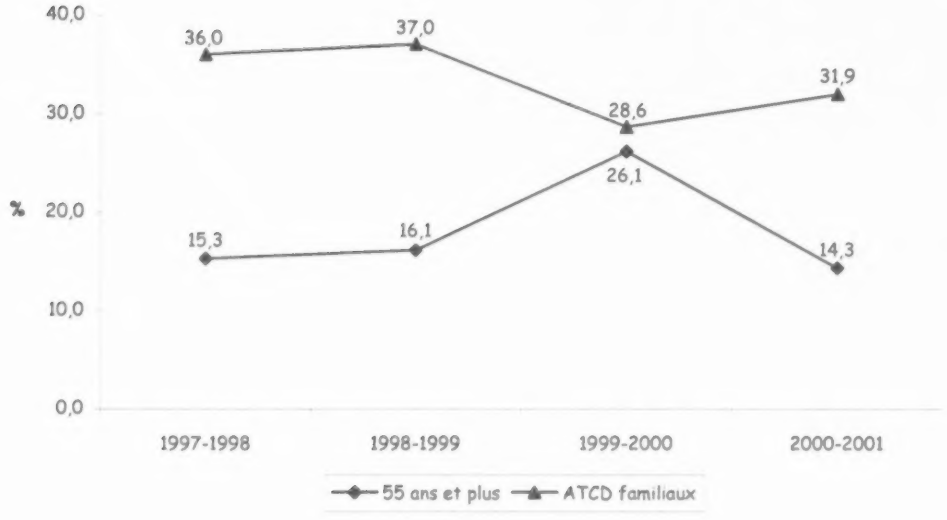


Source: Surveillance santé cardiovasculaire, 1997-1998 à 2000-2001.
Production : RRSSS Chaudière-Appalaches, DSPPE, 2002.

- La proportion des hommes dépistés ayant trois facteurs de risque et plus est demeurée stable.

FIGURE 9

Prévalence (%) des facteurs de risque non-modifiables
Femmes, 35-64 ans, 1997-1998 à 2000-2001

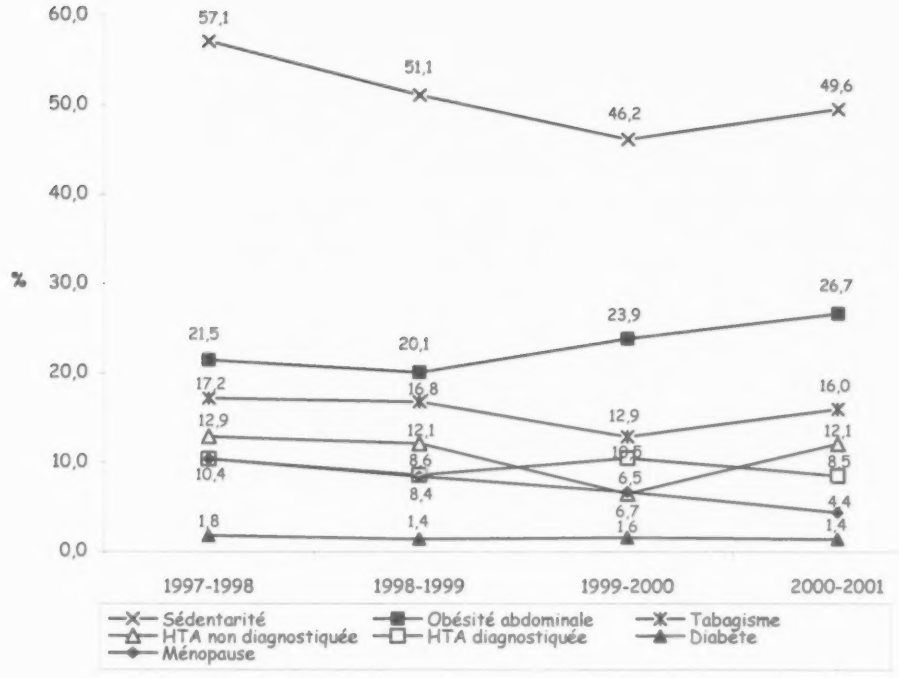


Source: Surveillance santé cardiovasculaire, 1997-1998 à 2000-2001.
Production : RRSSS Chaudière-Appalaches, DSPPE, 2002.

- En 1999-2000, il y a eu une plus grande proportion de femmes dépistées ayant le 55 ans et plus.
- La proportion de femmes dépistées ayant le facteur de risque antécédents familiaux est demeurée stable d'une année à l'autre.

FIGURE 10

Prévalence (%) des facteurs de risque modifiables
Femmes, 35-64 ans, 1997-1998 à 2000-2001

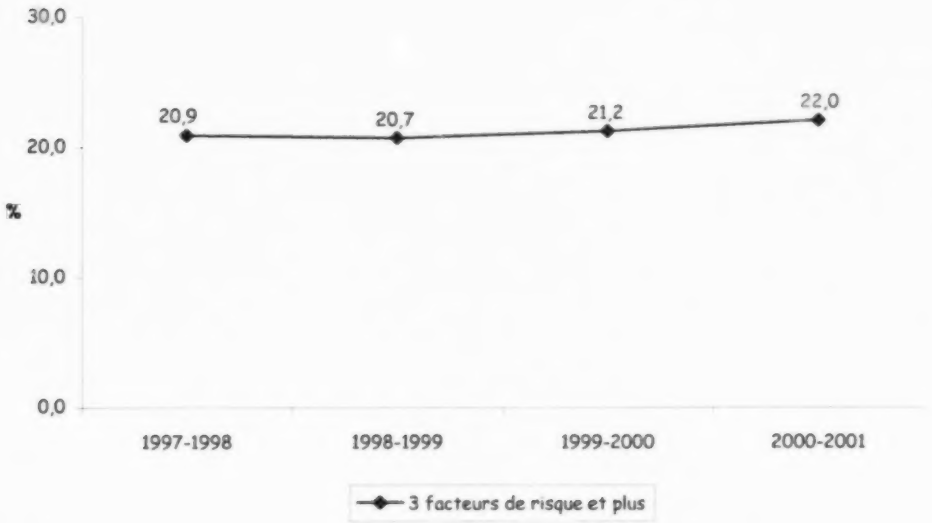


Source: Surveillance santé cardiovasculaire, 1997-1998 à 2000-2001.
Production : RRSSS Chaudière-Appalaches, DSPPE, 2002.

- La proportion des femmes dépistés ayant un ou l'autre des facteurs de risque est demeurée stable.

FIGURE 11

Prévalence (%) de trois facteurs de risque et plus
Femmes, 35-64 ans, 1997-1998 à 2000-2001



Source: Surveillance santé cardiovasculaire, 1997-1998 à 2000-2001.
Production : RRSSS Chaudière-Appalaches, DSPPE, 2002.

- La proportion des femmes dépistées ayant trois facteurs de risque et plus est demeurée stable.

RÉFÉRENCES

[1] BÉLANGER, Marie-Claude, Cécile CARON (2002). Programme de santé cardiovasculaire : évaluation après cinq ans d'intervention. Direction de la santé publique de la planification et de l'évaluation. Régie Régionale de la Chaudière-Appalaches.

[2] LEMIEUX, SIMONE (2000). Nouveaux facteurs de risque pour la maladie cardiovasculaire. Présentation.

[3] FONDATION DES MALADIES DU CŒUR DU CANADA. (1999) Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux du Canada. Ottawa, Canada. 107 p.

[4] NCEP, 1993 Summary of the Second Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel II, JAMA, June 16, 1993 Vol 269, No 23 pp 3015-3023

[5] PAGEAU MICHEL, CHOINIÈRE ROBERT, FERLAND MARC, SAUVAGEAU YVES. (2001). Le portrait de santé. Le Québec et ses régions. Institut national de santé publique. 432 p.

[6] BERENSION G.S., SRINIVASAN S., BAO W., ET COLLABORATEURS. (1998) Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. New England Journal of Medecine 333 :1650-1656.

[7] SANTÉ CANADA (1997). Les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux au Canada. Ottawa, Ontario. 81 p.

[8] SANTÉ CANADA. (1995) Canadians and Heart Health : Reducing the Risk. Ottawa, Ontario.

[9] COMITÉ SCIENTIFIQUE DE KINO-QUÉBEC. Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé; Avis du Comité scientifique de Kino-Québec, Québec, Gouvernement du Québec, ministère de l'Éducation, 1999, 27 p.

[10] LEMIEUX, SIMONE (2000). L'obésité un problème de taille. Les Actualités du cœur. Vol :5 (1). Hiver. p. 7-8.

[11] LEMIEUX, S. et coll. (1996) A single threshold value of waist girth identifies normal-weight and overweight subjects with excess visceral adipose tissue. Am J Clin Nutr: 64: 685-93.

[12] BERGERON, JEAN (2001). Le bilan lipidique : Pour des résultats valides et fiables. Dans le cahier spécial « Les actualités du cœur ». vol. :6(2) Printemps-Été 2001.

[13] DAWBER, T.R. (1980) The Framingham Study : The epidemiology of Atherosclerotic Disease. Cambridge, Ma: Harvard University Press, p. 257.

[14] ROBITAILLE, N. MICHELLE (2001). Doit-on repenser le rôle de l'hormonothérapie et les maladies coronariennes. Les Actualités du Cœur. 6(2) p.7.

[15] ROBITAILLE, N. MICHELLE. (2001). L'hormonothérapie de substitution : les bienfaits sur le cœur n'ont pas été confirmés. L'Omnipraticien. vol. 5 no 3 p. 24-25.

[16] BARIL, CAROLINE (1996). Fini le dépistage de masse. L'Omnipraticien. Vol. 4 no 16 p.1-2.

[17] GARCEAU, CLAUDE (2001) La prévention des complications macrovasculaires du diabète . L'Omnipraticien vol. 5 no 3 pp.26-29

[18] DAWSON KEITH G., BERNUCCI, BRUNO, L'importance de traiter tous les aspects de diabète de type 2. Action clinique Supplément de L'Actualité médicale du 20 février 2002 pp. 1-8

[19] ROWE, JUSTIN (2000) Men's Health Promotion In General Practice : A review of the literature 26 p.

[20] PATTISON, ANDREW (2001) Men and Their Health The M Factor Current Therapeutics, August pp.9-13

[21] KETOLA, E., SIPILA, R., et MÄKELA, M., (2000) Effectiveness of individual lifestyle interventions in reducing cardiovascular disease and risk factors. Ann Med 32 :239-251.

[22] BRAHIM S., SMITH, G.D., (1997). Systematic review of randomized controlled trials of multiple risk factor interventions for preventing coronary heart disease. BMJ; 314:1666-74.

[23] FROLKIS, J. P., (1999). Screening for cardiovascular disease. Concepts, Conflicts and Consensus. Medical Clinics of North America. Nov.Vol.83(6) :1339-73.

[24] SIMPSON W.M., JOHNSTON M., McEWAN S.R., (1997) Screening for Risk Factors for Cardiovascular Disease : a Psychological Perspective. Scot Med J. 42; pp.178-81.

[25] O'LOUGHLIN J., RENAUD L., PARADIS G., MESHEFEDJIAN G. (1996). Screening School Personnel for Cardiovascular Disease Risk Factors : Short-Term Impact on Behavior and Perceived Role as Promoters on Heart Health. Preventive Medicine. 25 (6) :660-667.

[26] BAIER C.A., GRODZIN C.J., PORT J.D., (1992). Coronary Risk Factor Behavior Change in Hospital Personnel Following a Screening Program. Am J Prev Med. 8(2) :115-122.

[27] Mortality rates after 10.5 years for participants in the multiple risk factor intervention trial. Findings related to a priori hypotheses of the trial. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. JAMA 1990 ;263 :1795-801.

[28] KETOLA E., SIPILÄ R., MÄKELÄ M., KL OCKARS M., (2000). Quality Improvement Program for Cardiovascular Disease Risk Factor Recording in Primary Care. Quality in Health Care. 9 : 175-180.

[29] GUIBERT R., LEDUC N., TÉTREAULT H., FOURNIER P., (1999). Évaluation d'un programme multifactoriel de prévention des maladies cardiovasculaires en milieu rural. Université de Montréal (GRIS), Montréal. 58 p.

[30] HJERMAN I., HOLME I., VELVE B.K., LEREN B., (1981). Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. Lancet. II :1303-10.

[31] STEVENS V.J., CORRIGAN S.A., OBARZANEK E., BERNAUER E., COOK N.R., HEBERT T. et coll. (1993). Weight loss intervention in phase 1 of the Trials of Hypertension Prevention. Arch Intern Med. 153 :849-58.

[32] The effects of nonpharmacologic interventions on blood pressure of persons with high normal levels. Results of the Trials of Hypertension Prevention (TOHP), Phase 1. (1992) JAMA;267 :1213-20.

[33] ROSE G., HAMILTON P.J.S., COLWELL L., SHIPLEY M.J., (1982) A randomised controlled trial of anti-smoking advise : 10-years results. J Epidemiol Community Health. 36 :102-108.

[34] WANG J.S., CARSON E.C., LAPANE K.L., EATON C.B., GANS K.M., LASATER T.M., (1999). The Effect of Physician Office Visits on CHD Risk Factor Modification as Part of a Worksite Cholesterol Screening Program. Preventive Medicine. 28 :221-228.

[35] GUIBERT, R., LEDUC, N., TÉTREAULT, H., FOURNIER, P., LEGAULT, J.P., (1996). Étude des déterminants à l'observance à la recommandation de consulter un médecin suite à un dépistage populationnelle. Université de Montréal (GRIS), Montréal, 70 p.

[36] ROSENSTOCK, I. (1990) The health belief model : explaining health behavior through expectancies. In : Glanz K, Lewis FM, Rimer B, editors. Health Behavior and Health Education : Theory, Research and Pratice. San Francisco; Jossey-Bass, 39-62.

[37] GREEN L.W., KREUTER M.W. (1990). Health Promotion Planning : an Education and Environmental Approach. Mountain View (CA) : Mayfield Publ. 22-30.

[38] RESNICOW K., CROSS D., LACOSSE J., NICHOLS P. (1993). Evaluation of a School-Site Cardiovascular Risk Factor Screening Intervention. Preventive Medicine. 22;838-856.

[39] GILBERT M., et PELLETIER J. (1994). Efficacité d'un dépistage des facteurs de risque à la santé du cœur dans le contexte d'un projet communautaire. Unité de santé publique. Centre hospitalier régional du Grand-Portage. 17 pages.

[40] VANASSE A., et GÉLINAS A. (1995). Évaluation d'un programme participatif de prévention des maladies cardiovasculaires en milieu de travail. Unité de santé publique. Centre hospitalier régional de Rimouski. 18 pages.

[41] SCHWARZER R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviours : Theoretical Approaches and a New Model. In R. Schwarzer (ed.), Self-Efficacy : Thought control of action. Washington DC : Hemisphere.

[42] WINKLEBY M.A., FLORA J.A., KRAEMER H.C. (1994). A community-based heart disease intervention : predictors of changes. Am J Public Health. 84 :767-772.

[43] LEMIEUX, I., ET COLL. (2000) Hypertriglyceridemic Waist A marker of the Atherogenic Metabolic Triad (Hyperinsulinemia; Hyperapolipoprotein B; Small, Dense LDL) in Men? Circulation 2000;102:179

[44] GOUGEON, R., ÉKOE, J.-M., DESPRES, J-P., LETENDRE, É., (1997) L'obésité, in l'Actualité médicale, vol.18 no30, 10 septembre 1997 pp.2-7